



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

**Estabilidad del diagnóstico de Trastornos Psiquiátricos en
pacientes que reingresan al Hospital 'Humberto Ugalde
Camacho' en los años 2015 - 2016.**

**Proyecto de investigación previo a la
obtención del título de Médico.**

Autores:

Mónica Karina Larrea Abad

CI: 0302395769

Oscar Israel Marca Ortuño

CI: 0105897623

Directora:

Dra. Vilma Mariela Bojorque Iñiguez

CI: 0102939584

Asesor:

Dr. Manuel Ismael Morocho Malla

CI: 0103260675

**Cuenca - Ecuador
Mayo, 2018**



RESUMEN

Introducción: Los estudios sobre estabilidad diagnóstica determinan la constancia de un diagnóstico psiquiátrico de un paciente en sus continuas evaluaciones. Debido a varios factores, se dificulta y cambia el diagnóstico de una enfermedad mental, repercutiendo en el bienestar del paciente y su familia.

Objetivo: Determinar la estabilidad en el diagnóstico de trastornos psiquiátricos en pacientes que reingresan al Hospital Humberto Ugalde Camacho durante los años 2015-2016.

Materiales y método: Fue un estudio descriptivo cuantitativo; el universo estuvo conformado por 111 pacientes con diagnósticos psiquiátricos. Se recolectó los datos de historias clínicas; y mediante la consistencia prospectiva y retrospectiva se determinó la estabilidad diagnóstica. La información se tabuló mediante Microsoft Excel 2013 y SPSS 15.0. Se utilizaron tablas para el análisis de datos.

Resultados: El rango de edades fue de 18 a 84 años; con una media de 48 años; existió predominio del sexo masculino; la mayoría de los pacientes eran solteros; en la escolaridad se observó que 23,42% tiene secundaria incompleta, y el mismo porcentaje tiene secundaria completa. Se diagnosticaron 29 trastornos al primer ingreso, el más frecuente fue la esquizofrenia paranoide 15,32%; se encontraron 21 trastornos en los últimos ingresos, el más frecuente fue el trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica con características mixtas 18,92%.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes presentó variabilidad diagnóstica 64,86%; y solamente un 35,14% presentó estabilidad en el diagnóstico inicial.

Palabras clave: ESTABILIDAD, CONSISTENCIA PROSPECTIVA, CONSISTENCIA RETROSPECTIVA, TRASTORNOS PSIQUIATRICOS



ABSTRACT

Introduction: Studies on diagnostic stability determine the constancy of a psychiatric diagnosis of a patient in his continuous evaluations. Due to several factors, the diagnosis of a mental illness becomes difficult and changes, affecting the well-being of the patient and his family.

Objective: To determine the stability in the diagnosis of psychiatric disorders in patients who re-entered at the Hospital Humberto Ugalde Camacho during the years 2015-2016.

Materials and method: It was a quantitative descriptive study; the universe consisted of 111 patients with psychiatric diagnoses. The data of clinical histories was collected; and through the prospective and retrospective consistency the diagnostic stability was determined. The information was tabulated using Microsoft Excel 2013 and SPSS 15.0. Tables were used for data analysis.

Results: The age range was from 18 to 84 years; with an average of 48 years; there was predominance of the male sex; the majority of patients were single; in schooling it was observed that 23.42% have incomplete secondary education, and the same percentage has complete secondary education. Twenty-nine disorders were diagnosed at first admission, the most frequent being paranoid schizophrenia 15.32%; 21 disorders were found in the last admissions, the most frequent was the mood disorder due to medical illness with mixed characteristics 18.92%.

Conclusions: The majority of patients presented diagnostic variability 64.86%; and only 35.14% showed stability in the initial diagnosis.

Key words: STABILITY, PROSPECTIVE CONSISTENCY, RETROSPECTIVE CONSISTENCY, PSYCHIATRIC DISORDERS



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
DEDICATORIA.....	10
DEDICATORIA.....	11
AGRADECIMIENTO.....	12
AGRADECIMIENTO.....	13
CAPÍTULO I.....	14
1.1 INTRODUCCIÓN	14
1.2 PROBLEMA	15
1.3 JUSTIFICACIÓN	16
CAPÍTULO II.....	17
MARCO TEÓRICO.....	17
2. SALUD MENTAL	17
2.1.1 SALUD MENTAL EN LATINOAMERICA.....	18
2. 1.2 SALUD MENTAL EN ECUADOR	19
2.2 EL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO.....	21
2.2.1 PROBLEMAS CON EL DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO	23
2.2 LA ESTABILIDAD DE LOS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS	24
2.3 RESULTADOS DE ESTUDIOS SOBRE ESTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.....	30
2.3.1 ESTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL “FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ” EN LA CIUDAD DE MADRID, ESPAÑA.....	31
2.3.2 ESTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES REINGRESADOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE KOREA.....	32
2.3.3 ESTUDIO DE LA ESTABILIDAD DIAGNÓSTICA EN PACIENTES REINGRESADOS EN EL “MOI TEACHING AND REFERRAL HOSPITAL” EN LA CIUDAD DE ELDORET, KENYA.....	33
2.3.4 ESTUDIO SOBRE ESTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES READMITIDOS EN EL “HOSPITAL SHAHID BEHESHTI TEACHING” EN LA CIUDAD DE KERMAN, IRAN....	35
CAPÍTULO III.....	37
3. OBJETIVOS.....	37



3.1 OBJETIVO GENERAL	37
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	37
CAPÍTULO IV	38
4. METODOLOGÍA	38
4.1 TIPO DE ESTUDIO	38
4.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN	38
4.3 UNIVERSO Y MUESTRA.....	38
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN	38
4.5 VARIABLES.....	39
4.6 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN, INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODOS PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS.....	40
4.7 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	40
4.8 PROCEDIMIENTOS.....	41
4.9 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS	41
4.10 ASPECTOS ÉTICOS	42
CAPÍTULO V	43
5. RESULTADOS.....	43
CAPÍTULO VI	58
6. DISCUSIÓN.....	58
CAPÍTULO VII	63
7. 1 CONCLUSIONES.....	63
7.2 RECOMENDACIONES	65
CAPÍTULO VIII	66
8.1 BIBLIOGRAFÍA.....	66
8.2 ANEXOS	70
8.2.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	70



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

Mónica Karina Larrea Abad en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **"Estabilidad del diagnóstico de Trastornos Psiquiátricos en pacientes que reingresan al Hospital 'Humberto Ugalde Camacho' en los años 2015 - 2016"**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 29 de mayo del 2018.

Mónica Karina Larrea Abad

C.I: 0302395769



Cláusula de Propiedad Intelectual

Mónica Karina Larrea Abad, autor/a del proyecto de investigación **“Estabilidad del diagnóstico de Trastornos Psiquiátricos en pacientes que reingresan al Hospital ‘Humberto Ugalde Camacho’ en los años 2015 - 2016”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 29 de mayo del 2018.

Mónica Karina Larrea Abad

C.I: 0302395769



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Oscar Israel Marca Ortuño en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **"Estabilidad del diagnóstico de Trastornos Psiquiátricos en pacientes que reingresan al Hospital 'Humberto Ugalde Camacho' en los años 2015 - 2016"**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 29 de mayo del 2018.

Oscar Israel Marca Ortuño

C.I: 0105897623



Cláusula de Propiedad Intelectual

Oscar Israel Marca Ortuño, autor/a del proyecto de investigación **“Estabilidad del diagnóstico de Trastornos Psiquiátricos en pacientes que reingresan al Hospital ‘Humberto Ugalde Camacho’ en los años 2015 - 2016”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 29 de mayo del 2018.



Oscar Israel Marca Ortuño

C.I: 0105897623



DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico primero a Dios quien durante toda mi vida me ha guiado por el buen camino.

A mi padre Rolando Larrea el hombre que desde niña me guío con su ejemplo que no le importó ningún sacrificio con tal de ayudarme a cumplir mis metas.

A mi madre María Abad por desvelarse a mi lado y levantarme cada vez que perdía las fuerzas.

A mis hermanos que día a día con su amor incondicional me han apoyado, y me han impulsado a cumplir mi sueño

Mónica Karina Larrea Abad



DEDICATORIA

Esta investigación está dedicada a Dios, eje central de mi vida y a mis padres Geovanny Marca y Miriam Ortuño, principales responsables de la persona que soy en la actualidad y quienes estuvieron presentes en todo momento junto a mí.

De igual manera, para mis familiares y amigos, personas que forman parte de mi diario vivir.

Oscar Israel Marca Ortuño



AGRADECIMIENTO

A mis padres por confiar en mí, ser mi apoyo durante mis estudios universitarios y ayudarme a ser cada día una mejor persona.

A cada uno de los docentes que nos motivaron y nos brindaron su sabiduría durante nuestro camino universitario, en especial a la Dra. Vilma Borjorque y al Dr. Ismael Morocho que nos apoyaron incondicionalmente durante el trascurso de este proyecto.

A Marco Rodríguez por apoyarme y brindarme su amor y comprensión durante el trayecto de mi vida universitaria.

A Israel Marca que desde los primeros días de universidad se convirtió más que en un amigo en un hermano, me apoyo en momentos importantes y juntos pudimos culminar este proyecto de investigación.

Al Personal del hospital Humberto Ugalde Camacho por su colaboración desinteresada, al permitirnos tener acceso a la información.

Mónica Karina Larrea Abad



AGRADECIMIENTO

A Dios, guía de cada acontecimiento en mi vida y mis padres que con su apoyo me han ayudado a cumplir cada meta propuesta.

A los docentes de la facultad la Dra. Vilma Bojorque y al Dr. Ismael Morocho, quienes nos han brindado su asesoría para la realización del presente proyecto.

A Mónica Larrea, compañera indispensable desde el inicio en el ámbito personal, universitario y de proyectos.

Al personal del Hospital Humberto Ugalde Camacho, por colaborar con la información esencial para esta investigación.

Oscar Israel Marca Ortuño



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La realización de estudios en el campo de la medicina, ha permitido el desarrollo de aspectos indispensables para la salud como son la terapéutica y el diagnóstico de patologías. En psiquiatría, el diagnóstico de patologías ha sido un tema de debate debido a la poca validez e inestabilidad que los diagnósticos psiquiátricos presentaban de manera frecuente en épocas anteriores, incluso en la actualidad a pesar de nuevos métodos diagnósticos, la sintomatología psiquiátrica se caracteriza por su variabilidad y su poca evidencia médica complementaria, lo cual está relacionado con la evolución y recuperación de los pacientes afectados.

Se han realizado estudios sobre el tema de la estabilidad y concordancia de los diagnósticos psiquiátricos, los cuales se caracterizan por la variabilidad durante el transcurso de atención de un paciente y su relación con factores como la propia dinámica del cuadro clínico, los episodios de recurrencia, los métodos diagnósticos y otros. Debido al tratamiento específico de algunas patologías, cambios en el diagnóstico alteran la recuperación del paciente pues existe una inconsistencia de una terapéutica específica.

El interés por el estudio de la estabilidad diagnóstica existe desde hace años atrás, varios autores analizaron la estabilidad de los diagnósticos psiquiátricos y los resultados encontrados fueron que no todas las patologías presentan una estabilidad del 100% y que la estabilidad y variabilidad están asociadas a factores propios y externos al paciente desde la clínica de la patología hasta el médico y lugar de atención. El motivo del presente estudio es conocer la estabilidad diagnóstica de las enfermedades psiquiátricas que presentan aquellos pacientes que reingresan al Centro de Reposo y Adicciones (CRA) “Hospital Humberto Ugalde Camacho” en los años 2015 y 2016.



1.2 PROBLEMA

Las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad. Así, por ejemplo, las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura en un 40% a 60% mayor que la población general, debido a los problemas de salud física, que a menudo no son atendidos y al suicidio. A nivel mundial, el suicidio es la segunda causa más frecuente de muerte en los jóvenes. (1)

También hay una considerable coincidencia entre los trastornos mentales y los trastornos por consumo de sustancias. Tomados en su conjunto, los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias se cobran un alto precio, y representaban un 13% de la carga mundial de morbilidad en 2004. Por sí sola, la depresión representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad, y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad (un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad), sobre todo entre las mujeres. Las consecuencias económicas de estas pérdidas de salud son igualmente amplias: un estudio reciente se calculó que el impacto mundial acumulado de los trastornos mentales en términos de pérdidas económicas será de US\$ 16,3 billones entre 2011 y 2030. Con frecuencia, los trastornos mentales hunden a las personas y a las familias en la pobreza. (1)

Cuando existe variabilidad en el diagnóstico de pacientes con enfermedad mental, estos reciben un tratamiento inadecuado por lo cual su sintomatología no mejorara en la mayoría de los casos alterando así su calidad de vida. (1)

Varios factores llevan a una falta de estabilidad y la consiguiente variabilidad en el diagnóstico de algunas enfermedades psiquiátricas lo cual puede llevar a errores en la atención del paciente psiquiátrico debido que al variar el diagnóstico el tratamiento no es el adecuado y repercute en la evolución del paciente así como mayor probabilidad de complicaciones legales como privación de libertad, reclamos por mala praxis, estigma social ante un determinado diagnóstico o en caso graves a la muerte del paciente. (2)



1.3 JUSTIFICACIÓN

La salud mental es un componente fundamental e inseparable de la salud y está directamente relacionada con el bienestar personal, familiar y comunitario. Los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe, y resulta evidente que los mismos tienen un impacto importante en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad en todas las etapas de la vida. (3)

A diferencia de otras especialidades médicas cuyo diagnóstico se comprueba con el uso de pruebas objetivas, en la psiquiatría el diagnóstico de la mayoría de trastornos mentales se fundamenta en el estudio de la sintomatología y la observación atenta de la conducta, que al ser un proceso subjetivo disminuye la fiabilidad en su diagnóstico. (4)

A pesar que la psiquiatría es una especialidad positivista todavía no se tiene una idea clara sobre lo mental o psíquico ni como se relacionan sus elementos, además de la inexistencia de leyes causa- efecto que permiten el pronóstico de acontecimientos psicopatológicos y el lento desarrollo de técnicas de laboratorio y neuroimagen, determinan una pobre estabilidad diagnóstica en diferentes entidades nosológicas con los consiguientes cambios diagnósticos en el proceso. (5) Además, se suma la total complejidad del cerebro, su limitado acceso, la interacción de factores genéticos y la experiencia en las enfermedades mentales. (4)

Estas situaciones llevan a inestabilidad diagnóstica la cual repercute en la atención y tratamiento del paciente a nivel personal, familiar o social de manera correcta. (6). Resultando contradictorio el concepto dado por el estado ecuatoriano a la salud mental como “el estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. (7) Por lo cual el ministerio de salud pública en las prioridades de investigación en salud incluye el área de investigación número 11 centrada en la salud mental y trastornos del comportamiento.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2. SALUD MENTAL

El concepto de salud mental, dada su naturaleza polisémica y sus fronteras imprecisas, se beneficia de una perspectiva histórica para comprenderse mejor. Aunque las referencias a la salud mental como un estado se pueden encontrar en el idioma inglés mucho antes del siglo XX, las referencias técnicas a la salud mental como campo o disciplina no se encuentran hasta antes de 1946. Durante ese año, la Conferencia Internacional de Salud, celebrada en Nueva York, decidió establecer la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se fundó una Asociación de Salud Mental en Londres. Antes de esa fecha, se encuentran referencias al concepto correspondiente de "higiene mental", que apareció por primera vez en la literatura inglesa en 1843, en un libro titulado Higiene mental o un examen del intelecto y las pasiones diseñado para ilustrar su influencia sobre la salud y la duración de la vida. (8)

En 1950, en la segunda sesión del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS, la "salud mental" y la "higiene mental" se definieron como sigue: "La higiene mental se refiere a todas las actividades y técnicas que fomentan y mantienen salud mental. La salud mental es una condición, sujeta a fluctuaciones debidas a factores biológicos y sociales, que le permite al individuo lograr una síntesis satisfactoria de sus propios impulsos instintivos potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armoniosas con los demás; y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico". (9)

Sin embargo, una definición clara y ampliamente aceptada de la salud mental como disciplina estaba ausente. Significativamente, el Diccionario Médico de Dorland no tiene una entrada en salud mental, mientras que el Diccionario de Psiquiatría de Campbell le da dos significados: primero, como sinónimo de higiene mental y segundo, como un estado de bienestar psicológico. El Oxford English Dictionary define la higiene mental como un conjunto de medidas para



preservar la salud mental, y luego se refiere a la salud mental como un estado. (9)

Aunque es importante definir a la salud mental, es difícil llegar a un consenso. Sin embargo, alrededor del mundo existen múltiples expresiones que permiten conceptualizarla a través de un significado universal. (10) Es así que la OMS define la salud como: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». (11) La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (12)

2.1.1 SALUD MENTAL EN LATINOAMERICA

Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en América Latina y el Caribe y contribuyen de manera importante a la discapacidad y la mortalidad prematura (13). Para dar una idea de la dimensión del problema: los trastornos mentales y neurológicos representan casi una cuarta parte de la carga de las enfermedades en América latina y el Caribe (14). Sin embargo, los servicios de salud, así como los recursos humanos y financieros disponibles para afrontar la problemática de las enfermedades mentales en muchos países, son insuficientes y están distribuidos desigualmente. (13)

La inadecuada salud mental también afecta más a los pobres, empeorando el círculo vicioso de la desigualdad en los países latinoamericanos. “Hay una clara relación entre la condición de vida y los trastornos mentales comunes”. Los pobres no solamente tienen más riesgo de padecer de un trastorno mental como la depresión, también tienen menos acceso a un cuidado adecuado. (14) Además del impacto en la vida personal, las enfermedades mentales también afectan el desarrollo de un país ya que son una de las mayores causas para discapacidad en el mundo. (14) A pesar de esto según la OMS, menos del 2% del presupuesto de salud en la región está destinado a la salud mental. Y en todas las regiones del mundo, el porcentaje de recursos que se destina a este fin no es suficiente para cubrir las necesidades básicas. (14)



Es por esto que en octubre del 2008, la OMS presentó el Programa de acción para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (mhGAP). (13) Este Programa de acción para superar las brechas en salud mental ofrece a los planificadores de salud, a las instancias normativas y a los donantes un conjunto claro y coherente de actividades y programas para ampliar y mejorar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias coherentes. (15)

2. 1.2 SALUD MENTAL EN ECUADOR

Uno de los grandes avances para la salud mental en nuestro país es que en la Constitución del año 2008 se reconoce en temas puntuales la importancia de la asistencia psicológica para garantizar la estabilidad física y Mental de la población (16).

De igual manera en la Ley Orgánica de Salud constan artículos relacionados directamente con algunos tópicos de la salud mental como el que se refiere a la violencia como problema de salud pública. (16)

Así mismo en el Plan Nacional para el Buen Vivir se inscriben de manera tácita aspectos relacionados a la promoción de la salud mental. (17) En este sentido, desde el año 2012, se ha venido desarrollando la propuesta de Plan Estratégico Nacional de Salud Mental en el Ministerio de Salud Pública, que da cuenta de las experiencias y logros a nivel local pero también la necesidad de la inversión por parte del Estado en la salud mental de la población, que generaría beneficios en términos de reducción de la discapacidad y la prevención de muertes prematuras. (17).

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), enfatiza la importancia de intervenir en las condiciones de esta dimensión de la salud. Para ello, se plantea la incorporación de la salud mental comunitaria en el desarrollo de los planes locales, así como en la organización de los servicios de salud. La incorporación de la salud mental en la estrategia de Atención Primaria de Salud, con la cual, mejoraría el acceso de la población a los servicios, facilitaría la promoción de la salud en general; la prevención, identificación, manejo y



el seguimiento de las personas con trastornos y/o afectaciones mentales en sus comunidades, además de reducir el estigma y discriminación de las personas que estén afectadas por algún trastorno, sin mencionar que es asequible y eficaz en función de costos. Por estas razones, es urgente y prioritaria la creación de una Estrategia Pública de Salud Mental que permita desarrollar e implementar planes y programas bajo un Modelo de Salud Mental que reoriente la organización de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de problemas de salud mental como plantea el Modelo de Atención Integral de Salud vigente en el país. (17)

La presente Estrategia es de aplicación nacional y obligatoria en todas las instancias en las que se involucra a la salud, así como, unidades prestadoras de servicios del Sistema Nacional de Salud, las cuales comprenden la Red Pública Integral en Salud (RPIS) y la Red Complementaria, incluyendo entidades con y sin fines de lucro. (18)

Es así que por primera vez en Ecuador existe un Plan Estratégico Nacional y Modelo de Atención de Salud Mental presentado oficialmente el 30 de julio del 2015. (17) Cuyo objetivo es optimizar y fortalecer los servicios de Salud Mental, con garantía de calidad, accesibilidad y continuidad en los tres niveles de atención, donde los servicios, la comunidad y el individuo se articulen y trabajen juntos. (19)

Los servicios de salud mental han sido planificados en tres niveles de atención.

Modalidad Ambulatoria: Tienen como objetivo evaluar, diagnosticar y proporcionar tratamiento ambulatorio conforme a las necesidades y evaluación en salud mental realizada por el profesional. Cuando en este nivel se detecte o se presenten situaciones de mayor complejidad se realizará la referencia al ambulatorio intensivo. (12)

Modalidad Ambulatoria Intensiva: Brinda tratamiento ambulatorio intensivo a personas que presentan trastornos mentales graves y/o consumo problemático de alcohol y otras drogas en un período de tratamiento diario o casi diario durante



el día. Este espacio terapéutico proporciona tratamiento, individual, familiar, grupal, multifamiliar. (12)

Unidades de Salud Mental Hospitalarias: En este servicio de salud se atenderán casos de urgencia o emergencia por ejemplo síndrome de abstinencia o intoxicaciones agudas por consumo de alcohol y otras drogas, así como también trastornos de salud mental en condiciones agudas y graves. (12)

Actualmente existen 3 centros especializados en salud mental en Quito, Cuenca y Esmeraldas, que han sido repotenciados y están perfectamente adecuados para atender a pacientes con trastornos mentales. (18)

2.2 EL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

En el año de 1937, el pensamiento psiquiátrico tenía dos vertientes claramente definidas. Por un lado, se encontraba la vertiente fenomenológica, que tenía sus orígenes en los estudios clínicos de Emilio Kraepelin y, por el otro lado, estaba la corriente psicoanalítica iniciada por Sigmund Freud. (20). Ambas escuelas intentaban hacer una clasificación de las enfermedades mentales; la fenomenológica no recurría a los principios de la causalidad, mientras que la psicoanalítica basaba los orígenes de la enfermedad mental en el trauma psicológico. (21)

En 1952 apareció la primera clasificación diagnóstica hecha por la Asociación Psiquiátrica Americana, el DSM-I, tuvo una acogida fría y un uso limitado. Un estudio, sobre el consenso diagnóstico de los que lo utilizaban, mostró que era alto para las psicosis con base orgánica, pero malo en otras categorías (22).

En 1968 apareció el DSM-II, un año después del CIE-8 (1967). Supuso la novedad de aplicar el modelo médico a los síndromes mentales haciendo clusters sintomáticos. Se intentó confluir con el CIE-8, pero, lejos de conseguirse, las diferencias se ahondaron; de hecho, el DSM-II incluyó 39 categorías más que el CIE-8. Hubo también discusiones sobre terminología especialmente en esquizofrenia. Nadie quedó satisfecho. Así que un año después de su aparición comenzó su revisión. (22)



No es sino hasta 1979 que aparece el DSM-III, el cual tiene un enfoque multiaxial y se reconocen los orígenes biológicos, psicológicos y sociales de las enfermedades mentales, al igual que las comorbilidades y la simultaneidad de diferentes diagnósticos en una misma persona. De igual manera, se proponen diferentes modalidades terapéuticas para las nuevas categorías diagnósticas. Es con este nuevo enfoque, que a su vez es compatible con el CIE-9, que la psiquiatría mundial comienza a tener grandes avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales. (21)

En 1994 aparece el DSM-IV, en esta ocasión, los objetivos de la revisión fueron: a) brevedad de criterios; b) claridad de lenguaje; c) declaración explícita de constructos; d) recolección de datos empíricos recientes; e) coordinación con CIE-10. (22)

En 2013, lanzan el DSM-V, la versión más criticada por la comunidad de psiquiatras y psicólogos. A raíz de esta publicación, el NIMH (national institute of mental health EE.UU.) anunció que dejaría de utilizar el DSM y por tanto dejaría de investigar para futuras versiones del manual. El director del NIMH afirmó que tomaban esta decisión debido a que la clasificación del DSM carece de validez a nivel mundial y que los pacientes con trastornos mentales se merecen algo mejor que los criterios brindados por el DSM. (23)

En cuanto al CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), es un sistema de categorías por el cual se la asigna un código a cada entidad, de acuerdo a un sistema ordenado, establecido por especialistas en la materia. Tiene la finalidad de permitir el registro sistemático de las enfermedades y la comparación de datos recogidos de diferentes países o áreas. El capítulo quinto de la lista de códigos CIE-10, se dedica a trastornos mentales y del comportamiento. Mediante este sistema de clasificación empleado con carácter internacional, se facilita el avance de los estudios médicos. (24)

Su primera edición de clasificación internacional, conocida como la Lista Internacional de Causas de la Muerte, fue adoptada por el Instituto Internacional de Estadística en 1893. El Reglamento de la Nomenclatura de la OMS, adoptado en 1967, estipuló que los Estados miembros utilizan la revisión más reciente de



la CIE para las estadísticas de mortalidad y morbilidad. El CIE se ha revisado y publicado en una serie de ediciones para reflejar los avances en la salud y la ciencia médica a lo largo del tiempo. (24)

La CIE-10 fue aprobada en mayo de 1990 por la Cuadragésima tercera Asamblea Mundial de la Salud. Se cita en más de 20,000 artículos científicos y es utilizado por más de 100 países de todo el mundo. (24)

Otras dos áreas que han favorecido enormemente el progreso en psiquiatría son la psicofarmacología, que se inicia en los años cincuenta, y la imagenología, que logra alcances muy novedosos en los años noventa. Digamos que, en los últimos 75 años, la psiquiatría ha tenido avances que la colocan al nivel de cualquier otra especialidad médica, que no era el caso cuando se fundó la Sociedad. (20)

2.2.1 PROBLEMAS CON EL DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO

Durante el siglo anterior se consideró a los diagnósticos psiquiátricos como entidades con poca precisión diagnóstica especialmente asociadas a la ausencia de pruebas biológicas complementarias como pruebas de radio imagen, exámenes sanguíneos o muestras histopatológicas e incluirse dentro de una especialidad cuyo método diagnóstico es puramente empírico basado únicamente en la semiología y conocimiento de la psicopatología. (4) En cambio, otras patologías de carácter somática a pesar de necesitar las habilidades diagnósticas de un médico, suelen corroborarse con los exámenes complementarios siendo en ocasiones, estos últimos suficientes para realizar un diagnóstico. Por lo tanto, se considera que la psiquiatría realiza diagnósticos de tipo “descriptivo” más que de tipo etiológico o normativo. (25)

También se encuentra la sintomatología del propio paciente como un factor que disminuye la especificidad del diagnóstico psiquiátrico, esto se corrobora con estudio realizados en los cuales se evidencia pacientes con varios diagnósticos como la depresión que después constituye la fase de un trastorno bipolar, Incluso se demuestra como un paciente con un determinado diagnóstico no presenta una evolución correspondiente al cuadro clínico, mostrando el paciente psiquiátrico un deterioro progresivo después de un diagnóstico inicial que no posee tal transcurso. (26)



Sin embargo, no solamente la especialidad médica se consideró un problema, también fue el proceso del diagnóstico en que se involucran los médicos y los instrumentos utilizados por ellos, un problema estudiado hasta la actualidad. De estos instrumentos, aquel muy conocido es el sistema basado en criterios diagnósticos recopilados por el DSM III y el CIE 10. (27) En la actualidad se cuenta con versiones actualizadas como el DSM V que han llevado a clasificar a las patologías psiquiátricas según la sintomatología y constatar una evidencia científica para este tipo de diagnósticos sin depender solamente del raciocinio del médico. Se recomienda que el médico psiquiatra realice su diagnóstico utilizando evidencia científica junto con diagnósticos diferenciales y mantenga comunicación con otros profesionales (28)

2.2 LA ESTABILIDAD DE LOS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS

2.2.1 DEFINICIÓN

Varios estudios consultados mencionan definiciones con cierta similitud entre ellas, por ejemplo:

- La estabilidad diagnóstica se puede definir como el porcentaje de diagnósticos iniciales o de la primera evaluación que permanecen sin cambio durante un periodo de tiempo establecido o como el tiempo que un diagnóstico inicial permanece sin cambio. (29)
- La estabilidad diagnóstica puede definirse como el grado en el que un diagnóstico se confirma en evaluaciones posteriores. (30)
- La estabilidad del diagnóstico se refiere a la consistencia o diferencia entre el examen preliminar y de seguimiento del paciente y se utiliza para determinar la respuesta al tratamiento y para examinar la progresión de la enfermedad. (31)

Para el presente estudio nos enfocamos en las definiciones de estabilidad diagnóstica utilizada en el siguiente estudio.

La estabilidad diagnóstica se refiere al grado expresado en porcentaje que un diagnóstico permanece sin cambio en la primera y última evaluación del paciente. (32) Para determinar aquella, se calculó dos criterios:



Consistencia Prospectiva: Proporción de pacientes con una categoría diagnóstica en la primera evaluación que recibieron el mismo diagnóstico en la última evaluación, equivalente al valor predictivo positivo. (32)

Consistencia Retrospectiva: Proporción de pacientes con un diagnóstico dado en la última admisión quienes recibieron ese mismo diagnóstico en la primera admisión, este valor es equivalente a la sensibilidad. (32)

2.2.2 HISTORIA

El interés por estudiar la estabilidad y confiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos ocurre desde el siglo anterior a partir de autores quienes compararon los diagnósticos emitidos a pacientes en centros psiquiátricos u hospitales, demostrando cambios de aquellos en determinado grupo de casos. Estas investigaciones se basaron en el estudio de un grupo de pacientes atendidos durante una serie de tiempo, casos estudiados por más de un médico quienes emitían los diagnósticos o aquellos con varias entrevistas. (33)

El médico Robert Kendell menciona algunas publicaciones sobre estabilidad diagnóstica pioneras para el estudio de este fenómeno en la psiquiatría como la investigación realizada por Masserman y Carmichael en 1938 con 100 pacientes admitidos en un hospital de la ciudad de Chicago, cuyos diagnósticos tuvieron que ser revisados después de 12 meses en más del 40% de pacientes, generando duda en psiquiatras sobre la validez de las categorías diagnósticas y métodos utilizados en aquella época. Otros autores como Miles, Gardner, Romano y Babigian en 1965; compararon los diagnósticos de un grupo de 1215 pacientes de varias instalaciones registrados en el Condado de Monroe demostrando una estabilidad superior de la esquizofrenia con respecto a las psicosis afectivas, considerando a causa a la dificultad de diferenciar un estado neurótico de otro psicótico en este último diagnóstico. Odegard en 1966 comparó los primeros y últimos diagnósticos de pacientes admitidos por primera vez en hospitales de salud mental en Noruega durante los años 1950 a 1954 hasta el año de 1963, en tal estudio se descubrió el cambio de casos con psicosis reactiva a esquizofrenia o enfermedad maniaco depresiva. Cooper en 1967 estudio los diagnósticos de 200 pacientes admitidos en un hospital mental en Inglaterra en



4 diferentes ocasiones en 1944 y 1955, los resultados fueron que el 54% de esos pacientes mantuvieron los mismos diagnósticos en todas las ocasiones y se atribuyó al cambio de médico como factor asociado a la variabilidad más que los cambios de los síntomas. Además, se encontró que 39 casos cambiaron notablemente de cuadro clínico evolucionando de cuadros depresivos o paranoides a esquizofrénicos. (33).

En base a aquellos diagnósticos R.E.Kendell realiza un estudio masivo con un grupo de 2000 pacientes que ingresan en un hospital mental británico desde el año de 1964 a 1969, encontrando que trastornos como Esquizofrenia, depresión o manía fueron estables a diferencia de la ansiedad, estado confesional o estado paranoide que variaron en un porcentaje de casos. (33) Estos autores han asociados diversos factores a la estabilidad y variabilidad de los diagnósticos como los médicos que realizan las entrevistas, el cuadro clínico de la enfermedades hasta incluso los métodos diagnósticos como el uso de las guías del DSM y el CIE. (33) (27)

Con respecto a estudios realizados en Latinoamérica, existe una publicación realizada por los médicos R. Sanchez, L. Jaramillo y C. Quintero en la ciudad de Bogotá; revisaron 1126 casos de pacientes psiquiátricos y solo 124 (11,01%) mantuvieron el mismo diagnóstico en el primer y último ingreso, pero también determinaron el tiempo probable de cambio de diagnóstico resultado en aproximadamente 3 meses. (29)

En los últimos 10 años, se han realizado estudios sobre la estabilidad diagnóstica en diferentes países del mundo, siendo pocos los realizados en Latinoamérica y ausentes en Ecuador, sin embargo, los detalles de estos estudios se describirán en los siguientes párrafos.

Los criterios del DSM III y el CIE 10 en relación a la historia de la estabilidad del diagnóstico psiquiátrico

Algunos estudios mencionan que la dificultad en evaluar el cuadro clínico y los instrumentos utilizados pueden ser imperfectos para emitir un diagnóstico, de igual manera los criterios utilizados por el médico correspondiente o en un lugar



determinado pueden ser diferentes ocasionando los continuos cambios de diagnóstico. (4) (27) (33)

Después de la publicación del médico Robert Kendall sobre su estudio de la estabilidad diagnóstica, la crítica ocasiono una respuesta por parte de organizaciones creando sistemas basados en criterios para el diagnóstico de las enfermedades psiquiátricas como son el DSM III en 1980, un sistema criteriológico y multiaxial creado por la Asociación Psiquiátrica Americana y el CIE 10 que consta de una modificación del anterior por la Organización Mundial de la Salud introducido en 1994. (27)

Debido a que en aquella época de los años 70 la discrepancia de los diagnostico psiquiátricos en un mismo paciente se consideraba una regla y existían diferencias en el uso de criterios en el continente americano y europeo, cambiar el proceso y utilizar criterios globalmente conocidos para el diagnóstico de la enfermedades mentales era una solución. (27) La creación del DSM III y sus versiones posteriores junto con el CIE10 formaron un sistema de referencia para facilitar un acuerdo entre médicos, fomentar la comunicación científica e incluso realizar informes estadísticos sobre las patologías psiquiátricas. Además, estos criterios permitieron diferenciar una enfermedad de otra según la evolución del cuadro clínico como ejemplo la distinción entre la esquizofrenia y el trastorno esquizofreniforme en el DSM III. (25)

Sin embargo, aunque la creación del DSM III y el CIE10 logro atenuar las discordancias diagnósticas debido a discrepancias entre médicos, la localidad de la práctica médica o por formar una base de criterios que permita categorizar a una enfermedad; no resolvió en su totalidad los problemas en la estabilidad diagnóstica. (27) Aquello puede verificarse con estudios realizado en años posteriores en los cuales se utilizaron versiones actualizadas de los sistemas DSM III y CIE10 constatando que todavía existe una estabilidad parcial de los diagnósticos psiquiátricos. (25) (34) (32)

2.2.3 FACTORES ASOCIADOS A LA ESTABILIDAD DIAGNOSTICA

Los autores de los estudios consultados mencionan varias situaciones asociadas a la estabilidad parcial o cambios de los diagnósticos que ocurren en pacientes



psiquiátricos, como son: el cuadro clínico de la enfermedad y la aparición de información previamente desconocida, los médicos involucrados, el proceso para diagnosticar una patología, la reinterpretación de la información original, la fiabilidad del instrumento de evaluación diagnóstica y los criterios utilizados. (34) (32)

LOS MÉDICOS Y ESPECIALISTAS QUE EMITEN EL DIAGNÓSTICO.

Existen varias situaciones relacionadas con los profesionales de la salud encargados de emitir un diagnóstico psiquiátrico y la respectiva estabilidad o cambios que presentan, estas situaciones demostradas en resultados de estudios se describen a continuación.

- Especialidad Médica: Cambios de diagnósticos se pueden observar en médicos de diferentes especialidades, por ejemplo, entre especialistas de Atención Primaria de Salud y Psiquiatras, situación demostrada en un estudio sobre la concordancia de diagnósticos de pacientes psiquiátricos remitidos desde centros de salud a hospitales mentales, cuyo resultado demostró una baja concordancia entre trastornos mentales diagnosticados en atención primaria y solo un porcentaje de pacientes con su respectivo diagnóstico lo mantuvo en el egreso del hospital mental. (35) Otro factor considerado es la experiencia del médico en el campo psiquiátrico, determinado su habilidad y confiabilidad para realizar un diagnóstico psiquiátrico. (36) Se recomienda un adecuado entrenamiento de médicos en el área de psiquiatría para una mejor precisión diagnóstica con el posterior beneficio del paciente. (37)
- Número y cambio de médicos que estudian un caso: Tiene una fuerte relación con el tipo de método diagnóstico usado según el modo de analizar la psicopatología, el modelo de aprendizaje y experiencia del profesional o el sistema de criterios para emitir un diagnóstico. Según el estudio de Robert Kendall, estos factores están asociados a una estabilidad parcial de los diagnósticos tomando en cuenta los diferentes puntos de vista y análisis de médicos psiquiatras que estudiaban a un paciente en una serie de casos y la diferente escuela médica entre América y Europa (33) (27)



Ambiente en el que se realiza el diagnóstico: otro factor asociado es el sitio donde se realiza la entrevista, por ejemplo, un médico que diagnostica un trastorno psiquiátrico en la sala de emergencia lo hace bajo un ambiente de presión y no siempre bajo entrenamiento psiquiátrico a diferencia de un centro de salud mental donde un médico junto con otros profesionales como psicólogos clínicos, enfermeras y trabajadores sociales con experiencia pueden acertar a un diagnóstico correcto. (31)

EL CUADRO CLÍNICO Y LA EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Se considera que las patologías psiquiátricas tienen un cuadro inestable y cambiante. (29) Además, la dificultad del diagnóstico de patologías psiquiátricas por depender del empirismo y pocas pruebas disponibles para corroborar un diagnóstico se asocian con una baja precisión al momento de emitir un diagnóstico de tipo psiquiátrico. (2)

Algunas patologías por su propio cuadro clínico se consideran leve o relativamente estables sin depender de otros factores, según estudios realizados. Un ejemplo de esta patología es la esquizofrenia que por su cuadro clínico se le considera con mayor estabilidad a comparación e otras enfermedades como aquellas que cursan con síntomas mixtos o maniacos (29) (38) (39). Otras enfermedades mencionadas como estables son: el abuso de sustancia, las condiciones orgánicas y los trastornos afectivos, dentro de este último a se considera a los trastornos bipolares. (29)

Es debido a la sintomatología que presentan las patologías psiquiátricas y la forma de presentación a lo largo de su evolución que se necesitan una guía que permita categorizar a la sintomatología del paciente en una enfermedad y llegar a una conclusión definitiva que requiere vigilancia del paciente, por tal motivo se crean los criterios diagnósticos como el CIE o DSM. (40)

EL PROCESO DIAGNÓSTICO DE LAS PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS Y EL USO DE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Con el objetivo de resolver los problemas de estabilidad de los diagnósticos psiquiátricos después las publicaciones varios estudios sobre el tema en el siglo



XIX, organizaciones deciden crear sistemas basados en criterios para el diagnóstico de enfermedades como el CIE 10 y el DSM III, las cuales si bien han llegado un acuerdo científico para diagnosticar una patología atenuando el problema no han resuelto del todo el problema de estabilidad. (27)

A pesar de contar con un sistema de criterios diagnósticos internacionales, todavía se depende de la actuación del médico y el cuadro clínico de la enfermedad. (25) El uso de criterios diagnósticos como el CIE 10 o el DSM está relacionado con una mejor predicción del diagnóstico del paciente, aumenta la fiabilidad del diagnóstico y disminuye la discordancia entre profesionales. (29) (35)

Sin embargo, estos forman parte de un sistema subjetivo de diagnóstico no comprobado con pruebas biológicas y el ejercicio médico puede errar en emitirlo con el uso de criterios diagnósticos erróneos, tal como se ve con la desaparición de algunos trastornos psiquiátricos en la actualización al DSM V y los diferentes diagnósticos que médicos de distintos países pueden formular en un mismo paciente. (41) Además, se realizó un estudio de concordancia diagnóstico sobre el Delirium según criterios DSM IV y V, resultando en una concordancia del 53% al 98% priorizando el uso del DSM V para el diagnóstico de esta patología. (42)

FACTORES DEPENDIENTES DEL PACIENTE

Un factor a considerar es la edad en la que se realizan los diagnósticos. Según un estudio realizado en un grupo de 151 niños, después de un seguimiento de cuatro años, se demostró que solo tres diagnósticos mantenían estabilidad: el trastorno por déficit de atención, trastorno posicional y autismo infantil. De igual manera otros autores consideran a la adolescencia como una etapa de presentación atípica de trastornos psiquiátricos de la infancia afectando la validez de estos diagnósticos. (29)

2.3 RESULTADOS DE ESTUDIOS SOBRE ESTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS



2.3.1 ESTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL “FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ” EN LA CIUDAD DE MADRID, ESPAÑA.

En el estudio Estabilidad diagnóstica de trastornos psiquiátricos en la práctica clínica, publicado en febrero del 2007 en la revista británica de psiquiatría. Del total de, 34 368 pacientes recibieron atención psiquiátrica en la zona de influencia del Hospital General Fundación Jiménez Díaz, Madrid, entre el 1 de enero de 1992 y el 31 de diciembre de 2004; el estudio se basó en 10 025 pacientes de 18 años y más que fueron evaluados en al menos diez ocasiones durante el período estudiado. Estos pacientes recibieron 360.899 consultas psiquiátricas, incluyendo visitas a centros psiquiátricos ambulatorios (355 166), visitas de emergencia psiquiátrica (4628) y admisiones a la unidad de hospitalización breve psiquiátrica (1105). (34)

Los participantes (n = 10 025) fueron evaluados en tres diferentes contextos clínicos: unidad de pacientes internados (unidad de hospitalización breve psiquiátrica), 2000-2004 (n = 546); Sala de urgencias psiquiátricas, 2000-2004 (n = 1408); Y centros psiquiátricos ambulatorios (centros de salud mental) dentro del área de captación del Hospital General Fundación Jiménez Díaz, 1992-2004 (n = 10 016). (34)

Los datos relevantes recaudados en los pacientes internados en la unidad de psiquiatría son los siguientes:

La consistencia prospectiva osciló entre el 66,7% para el trastorno depresivo recurrente y el 100,0% para el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos alimentarios. (34)

La consistencia prospectiva de los tres diagnósticos específicos más prevalentes en la primera evaluación fue 90,9% para la esquizofrenia, 91,5% para el trastorno afectivo bipolar y 81,8% para la distimia.

La consistencia retrospectiva en la última evaluación fue entre 63,1% para trastornos específicos de la personalidad y 100,0% para trastorno depresivo recurrente y trastorno obsesivo-compulsivo; fue 91,5% para la esquizofrenia, 89,3% para el trastorno afectivo bipolar y 75,0% para la distimia



La proporción de pacientes que recibieron el mismo diagnóstico durante al menos el 75% de las evaluaciones osciló entre el 37,5% para el trastorno afectivo bipolar, el episodio actual de depresión leve o moderada, hasta el 100,0% para el trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos específicos de la personalidad. (34)

2.3.2 ESTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES REINGRESADOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE KOREA.

En el estudio trastorno, trastorno bipolar I y esquizofrenia en pacientes coreanos realizado en Corea publicado en el año 2011, cuyo objetivo fue examinar la estabilidad de los diagnósticos de trastorno depresivo mayor [MDD], trastorno bipolar I [BID] y esquizofrenia [SPR]) mediante revisiones retrospectivas de los registros médicos. (30)

Se revisaron los expedientes médicos de los pacientes ingresados en la sala de psiquiatría de un hospital universitario en Korea entre enero de 2002 y diciembre de 2005. Para determinar la estabilidad diagnóstica prospectiva, revisamos los diagnósticos contenidos en los registros médicos en el índice de admisión y cada 6 meses después del alta. (30)

De los 208 pacientes que recibieron el diagnóstico primario de trastorno depresivo mayor al final del primer período de 6 meses, 138 fueron seguidos durante 2 años e incluidos en los análisis finales. Además, 139 (84,8%) de los 164 pacientes que no abandonaron durante el primer año seguían siendo diagnosticados con MDD al año y 109 pacientes (79,0%) de los 138 pacientes seguidos durante 2 años mantuvieron el diagnóstico 2 años después del diagnóstico inicial. (30)

Por lo tanto, la estabilidad diagnóstica prospectiva de los pacientes con TDM fue del 84,8% durante el primer año y del 79,0% durante los 2 años del estudio. De los 29 pacientes con otro diagnóstico, 21 fueron diagnosticados con BID, tres con SPR, tres con trastorno de ansiedad. (30)

De los 86 pacientes que recibieron este diagnóstico al final del período inicial de 6 meses, 56 fueron seguidos durante 2 años e incluidos en los análisis finales; De los 62 pacientes que no abandonaron durante el primer año, 58 (93,5%) mantuvieron el diagnóstico de BID después de 1 año y 50 (89,3%) de los 56



pacientes seguidos durante 2 años mantuvieron el diagnóstico al final del primer año estudiar. (30)

Por lo tanto, la estabilidad diagnóstica prospectiva de BID durante 1 año fue del 93,5%, y que durante 2 años fue del 89,3%. De los seis pacientes que recibieron otro diagnóstico después de la evaluación inicial, tres fueron diagnosticados con SPR y tres con trastorno esquizoafectivo. (30)

De estos 178 pacientes diagnosticados de SPR al final del período de contacto inicial, 107 fueron seguidos durante 2 años e incluidos en los análisis finales; La tasa de abandono en este grupo de diagnóstico fue de 19,1% ($n = 34$) durante el primer año y de 39,8% ($n = 71$) durante los 2 años posteriores al diagnóstico inicial. De los 144 pacientes que no abandonaron durante el primer año, 125 (86,8%) continuaron con el diagnóstico de SPR al año y 93 (86,9%) de los 107 pacientes seguidos durante 2 años conservaron este diagnóstico 2 años Después del diagnóstico inicial. (30)

Por lo tanto, la estabilidad diagnóstica prospectiva de SPR durante 1 año fue de 86,8%, y que durante 2 años fue de 86,9%. Entre los 14 pacientes que recibieron otro diagnóstico después de la primera evaluación, cinco fueron diagnosticados con BID, cuatro con trastorno esquizoafectivo, uno con trastorno delirante, tres con MDD, (30)

2.3.3 ESTUDIO DE LA ESTABILIDAD DIAGNÓSTICA EN PACIENTES REINGRESADOS EN EL “MOI TEACHING AND REFERRAL HOSPITAL” EN LA CIUDAD DE ELDORET, KENYA.

Según el estudio Estabilidad diagnóstica a corto plazo entre pacientes internados psiquiátricos reentrantes en Eldoret, Kenia realizado en el Moi Teaching and Referral Hospital en la ciudad de Eldoret en Kenya, en 114 pacientes psiquiátricos que reingresaron a internamiento durante el año 2009, se diagnosticaron las siguientes enfermedades en la primera y última admisión. (31)

Lo trastornos psiquiátricos más frecuentes fueron: Esquizofrenia, trastorno bipolar tipo 1 y trastorno depresivo mayor en las admisiones iniciales como finales, con respecto a los trastornos relacionados con sustancias fueron: la dependencia del alcohol y abuso de otras sustancias. (31)



Para el análisis de la estabilidad diagnóstica, se calcularon 2 medidas de estabilidad: la consistencia prospectiva que equivale al porcentaje de pacientes que retienen su diagnóstico de la primera admisión en la última admisión; y la consistencia retrospectiva que consiste en el porcentaje de casos con determinado diagnóstico en la última admisión igual al de la primera admisión. Según los resultados obtenidos, de los 114 casos, 83 mantuvieron su diagnóstico inicial hasta la última admisión resultando una consistencia prospectiva del 72,8%. A continuación se describen los resultados de cada categoría diagnóstica. (31)

Esquizofrenia: Posee una consistencia prospectiva del 75,9% y una consistencia retrospectiva de un 87,2%. De los 59 casos, 13 cambiaron su diagnóstico inicial a otro como: trastornos del espectro bipolar, trastornos relacionados con el abuso de sustancias, otros trastornos psicóticos y ningún diagnóstico en el eje 1. (31)

Trastornos del espectro bipolar: Su consistencia prospectiva fue 91.4%, mientras que la consistencia retrospectiva fue del 69.6%, 3 casos cambiaron su diagnóstico en la última admisión a trastornos del espectro de la esquizofrenia y 1 caso a un trastorno relacionado con las sustancias. (31)

Trastorno depresivo mayor: La consistencia prospectiva y retrospectiva resultaron en un 100%, es decir ningún caso cambio de diagnóstico entre la primera y última admisión. (31)

Trastornos relacionados con las sustancias: La consistencia prospectiva fue del 87.5%, mientras que la consistencia retrospectiva fue del 50%. Un caso cambio de este diagnóstico a un trastorno del espectro bipolar. (31)

Otros trastornos psicóticos: Obtuvieron una consistencia prospectiva y retrospectiva del 0%, es decir todos los casos obtuvieron un diagnóstico diferente en el último ingreso. (31)

Según la discusión de este estudio, la estabilidad diagnóstica de 72,8% obtenida en la investigación fue baja a pesar de las constantes evaluaciones a cada paciente con un promedio de diferencia de un mes, comparándola con otros



estudios con seguimiento a largo plazo cuyos resultados fueron similares. Uno de los problemas que se adjudica es la atención derivada de médicos de emergencia que en ocasiones bajo presión tienen que hacer diagnósticos rápidos, estos diagnósticos luego son evaluados de manera sistémica por un equipo de psiquiatras, psicólogos clínicos, terapeutas y enfermeras, otro problema es el sobre diagnóstico por parte de médicos no psiquiatras a enfermedades que poseen las mismas características clínicas como la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. La participación de un mayor número de especialistas, la cantidad de tiempo empleado en el diagnóstico y el uso de información colateral puede servir para aumentar la precisión diagnóstica de una enfermedad psiquiátrica. (31)

2.3.4 ESTUDIO SOBRE ESTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES READMITIDOS EN EL “HOSPITAL SHAHID BEHESHTI TEACHING” EN LA CIUDAD DE KERMAN, IRAN.

En otra investigación realizada en la ciudad de Kerman, Irán con el título “Estabilidad diagnóstica de trastornos psiquiátricos en pacientes psiquiátricos re-admitidos en Kerman, Irán” en el año 2014, cuyo objetivo fue determinar la estabilidad diagnóstica a largo plazo de los trastornos psiquiátricos más prevalentes en 485 pacientes adultos readmitidos en el hospital Shahid Beheshti teaching en Irán entre julio y noviembre del año 2012, se encontraron los siguientes resultados. (32)

La frecuencia de diagnósticos de aquellos pacientes fue:

Diagnósticos (n:485)	Frecuencia en la primera admisión (%)	Frecuencia en el total de admisiones (%)
Trastorno bipolar	219 (45/1)	1224(48/5)
Esquizofrenia	59(12/1)	330(13/0)
Trastorno esquizoafectivo	21(4/3)	173(6/8)
Trastorno depresivo mayor	92(18/9)	352(13/9)
Trastorno de ansiedad	5(1/0)	43(1/7)
Trastorno delirante	4(0/8)	14(0/5)
Trastorno de la personalidad	45(9/2)	221(8/7)



Trastornos relacionados con sustancias	40(8/2)	153(6/0)
--	---------	----------

Tabla 1 Resultados del estudio *Diagnostic Stability of Psychiatric Disorders in Re-Admitted Psychiatric Patients in Kerman, Iran 2014*. Fuente: (32)

En cuanto al análisis de la estabilidad diagnóstica, para su fin se basó en cuatro criterios. (32)

- Consistencia prospectiva: Proporción de pacientes que recibieron un determinado diagnóstico en la primera admisión y lo reciben en la última admisión. (32)
- Consistencia retrospectiva: Proporción de pacientes con un diagnóstico dado en la última admisión el cual es similar al de la primera admisión. (32)
- Proporción de pacientes que recibieron un diagnóstico en el 75% de admisiones (32)
- El porcentaje de pacientes que recibieron un diagnóstico en el 100% de las admisiones. (32)

Los resultados fueron los siguientes.

Consistencia prospectiva: Para el trastorno bipolar fue de 71%, para la esquizofrenia del 55.9%, y para el trastorno depresivo mayor del 41.6%. (32)

Consistencia retrospectiva: Fue del 69.4% para el trastorno bipolar, 68.6% para el trastorno depresivo mayor. (32)



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la estabilidad en el diagnóstico de trastornos psiquiátricos en pacientes que reingresan por tercera o más ocasiones al Hospital Humberto Ugalde Camacho del Centro de Adicciones y Reposo (CRA) en los años 2015 - 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a los pacientes según variables demográficas edad, sexo, estado civil e instrucción.
2. Determinar las enfermedades psiquiátricas que se mantienen estables y aquellas que varían en su diagnóstico durante el primer y último ingreso del paciente.
3. Establecer una relación entre el grado de estabilidad de las enfermedades psiquiátricas con las variables sociodemográficas y criterios diagnósticos.



CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo descriptivo cuantitativo que busca determinar la estabilidad diagnóstica de los trastornos psiquiátricos de pacientes que reingresan a internamiento en el Hospital “Humberto Ugalde Camacho” del Centro de Reposo y Adicciones CRA en los años 2015 y 2016, para lo cual, se analizaron variables sociodemográficas, número de ingresos, cambio de médico durante las evaluaciones, diagnósticos emitidos en los primeros y últimos ingresos.

4.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN

Hospital José Ugalde Camacho perteneciente al Centro de Reposo y Adicciones CRA ubicado en la calle “Emiliano J. Crespo” N° 1-83 y Av. El Paraíso de la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay, al sur del Ecuador.

4.2.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Historias clínicas de pacientes diagnosticados de enfermedades psiquiátricas reingresados por tres o más ocasiones en el área de psiquiatría del Hospital Humberto Ugalde Camacho.

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

El presente estudio se realizó con un universo completo, mismo que es finito y consiste en 111 historias clínicas de pacientes que reingresaron por tercera o más ocasiones al servicio de psiquiatría del Hospital José Ugalde Camacho en los años 2015 – 2016. Se deciden 3 o más ingresos en adelante debido a un mayor número de evaluaciones y diagnósticos.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN



Historias clínicas de pacientes diagnosticados con enfermedades psiquiátricas que reingresaron por tercera o más ocasiones al servicio de psiquiatría del Hospital José Ugalde Camacho en los años 2015 – 2016.

4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas de pacientes cuyo motivo de ingreso fueron enfermedades por consumo de sustancias o diferentes y no asociadas a enfermedades psiquiátricas.
- Casos con historias clínicas incompletas, ilegibles e inconsistentes.

4.5 VARIABLES

4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Cantidad de años vividos que cumple el paciente	Tiempo en años.	En números de años cumplidos registrado en la historia clínica	Ordinal
Sexo	Condición que distingue al hombre de la mujer	Femenino Masculino	Sexo registrado en la historia clínica	Nominal (Femenino Masculino)
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Relación legal	Estado civil registrado en la historia clínica	Nominal (Soltero Casado Viudo. Divorciado Separado. Unión libre).
Instrucción	Nivel de educación de acuerdo a la asistencia a una unidad educativa.	Nivel educativo	Instrucción registrada en la historia clínica	Nominal (Ninguna Primaria completa. Primaria incompleta. Secundaria completa. Secundaria incompleta. Superior completa. Superior incompleta).
Diagnóstico psiquiátrico del primer ingreso	Trastorno psiquiátrico diagnosticado en el primer ingreso.	Psiquiátrica	Nombre de la patología según CIE-10 o DSMI – IV o DSMI-V.	Nominal
Diagnóstico psiquiátrico del último ingreso	Trastorno psiquiátrico diagnosticado en el último ingreso.	Psiquiátrica	Nombre de la patología según CIE-10 o DSMI – IV o DSMI-V	Nominal
Número de ingresos	Cantidad de ingresos registrados en el año 2016.	Cantidad en numero	Número de ingresos	Ordinal 3 – 6 ingresos 7 – 10 ingresos >10 ingresos
Criterios diagnósticos	Criterios clínicos empleados para el diagnóstico de enfermedades psiquiátricas	Psiquiátrica	Criterios diagnósticos de la patología según CIE-10 o DSMI –IV o DSMI-V	Ordinal



Bajo recomendación y según revisiones bibliográficas, también se analizó la variable cambio de médico cuyo resultado pertenece al tercer objetivo.

4.6 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN, INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODOS PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS

MÉTODOS: Observación de las epicrisis de los primeros y últimos ingresos en 111 historias clínicas de pacientes diagnosticados con enfermedades psiquiátricas que reingresaron por tercera o más ocasiones al servicio de psiquiatría del Hospital José Ugalde Camacho en los años 2015 – 2016.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN: Mediante el uso de formularios, se recolectó información necesaria a partir de las historias clínicas de los pacientes que forman parte del universo, los diagnósticos psiquiátricos recolectados fueron aquellos registrados en el eje I de diagnóstico con su respectivo código CIE10 en las epicrisis de los primeros y últimos ingresos adjuntas en las historias clínicas, todos los formularios formaron una base de datos.

INSTRUMENTOS: Para la recolección de datos, se utilizaron formularios digitales realizados en el programa Microsoft Excel 2013 de elaboración propia presentes en la sección de Anexos (Anexo 8.1), estos formaron una base de datos a partir de la cual se realizaron los análisis.

4.7 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se procedió en primera instancia a la revisión de las historias clínicas de cada uno de los pacientes, corroborando el registro de información de los ingresos y la existencia de las epicrisis de cada ingreso.

Con el uso de los formularios digitales se procedió a la recolección y sistematización de la información necesaria, a partir de las epicrisis de los primeros y últimos ingresos de los pacientes.

Se recolectó información adicional de la variable cambio de médico, debido a su importancia para la realización del tercer objetivo.

A partir de la información recolectada en los formularios digitales, se creó una base de datos en los programas ofimáticos corroborando una correcta relación entre los datos.



4.8 PROCEDIMIENTOS

AUTORIZACIÓN: Para iniciar con la recolección de datos, se realizó un oficio que verificaba la aprobación del protocolo de investigación al Dr. Saúl Pacurucu Castillo, director del Hospital Humberto Ugalde Camacho, una vez aprobado fue revisado junto con el protocolo por la representante del departamento de investigación del hospital, la Dra. Carol Palacios. Al ser aceptado y después de recibir recomendaciones se nos autorizó ingresar al área de estadística para la revisión de las historias clínicas.

CAPACITACIÓN: Para la capacitación, los autores procedimos a la búsqueda de revisiones bibliográficas, ensayos y publicaciones en revistas, así como estudios de estabilidad y validez diagnóstica de trastornos psiquiátricos en los últimos 5 años. Sin embargo, debido al poco número de estudios similares al tema, se revisaron también estudios más antiguos.

SUPERVISIÓN: La realización del presente estudio estuvo supervisada por la doctora Vilma Bojorque y el doctor Ismael Morocho, directora y asesor del proyecto.

4.9 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

La presente investigación es de tipo descriptivo, las variables que se analizaron son de tipo cualitativo y cuantitativo, se calcularon frecuencias y porcentajes. Para determinar la estabilidad diagnóstica, se procedió al cálculo de las consistencias prospectivas y retrospectivas. Para el análisis se utilizaron programas como Microsoft Excel 2013 y SPSS 15.0, además de Microsoft Access 2013 y Epi-info versión N°5, para mostrar los resultados se utilizaron tablas simples y de doble entrada según las variables estudiadas.

Plan de análisis

Objetivos	Variables	Plan de tabulación	Análisis Descriptivo
1. Caracterizar a los pacientes	Sexo, edad, estado civil, instrucción.	Frecuencia de pacientes según edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, número de ingresos.	Tablas simples, Gráfico de barras simples
2. Determinar las enfermedades psiquiátricas que se mantienen estables y aquellas que varían en su diagnóstico durante el primer y último ingreso del paciente	Diagnostico psiquiátrico del primer ingreso, diagnostico psiquiátrico del último ingreso.	La estabilidad prospectiva: Proporción de casos diagnosticados con una categoría que mantiene el mismo diagnostico en la última evaluación. (32) La estabilidad retrospectiva: Proporción de casos cuyo diagnóstico en la última evaluación es igual al diagnóstico inicial. (32)	Tablas de doble entrada
3. Establecer una relación entre el grado de estabilidad de las enfermedades psiquiátricas con las variables sociodemográficas y criterios diagnósticos.	Sexo, edad, estado civil, instrucción, criterios diagnósticos, número de ingresos, cambio de médico.	Determinación de frecuencias de variables sociodemográficas y número de criterios diagnósticos en base a las enfermedades psiquiátricas de estudio.	Tablas de doble entrada

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

En el presente estudio, no se publicarán datos confidenciales sobre la identidad de los participantes; así como también se garantizará que los datos utilizados tendrán únicamente fines académicos y de investigación. El análisis y los resultados obtenidos podrán ser verificados por personal capacitado si así lo requieren.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de 111 pacientes que reingresan al hospital ‘Humberto Ugalde Camacho’ en los años 2015 – 2016.

VARIABLES		N	%
N° DE INGRESOS	3 - 6	68	61,26
	7 - 10	22	19,82
	>10	21	18,92
	Total	111	100,00
EDAD	<18	2	1,80
	18 - 60	88	79,28
	>60	21	18,92
	Total	111	100,00
ESTADO CIVIL	Casado	20	18,02
	Divorciado	20	18,02
	Separado	2	1,80
	Soltero	63	56,76
	Unión libre	3	2,70
	Viudo	3	2,70
	Total	111	100,00
ESCOLARIDAD	Desconoce	1	0,90
	No posee	3	2,70
	Primaria completa	21	18,92
	Primaria incompleta	11	9,91
	Secundaria completa	26	23,42
	Secundaria incompleta	26	23,42
	Superior completa	15	13,51
	Superior incompleta	8	7,21
	Total	111	100,00
SEXO	Femenino	54	48,65
	Masculino	57	51,35
	Total	111	100,00

Fuente: Base de datos de formularios de registro

Autores: Larrea M., Marca I.



Se analizaron 111 historias clínicas de pacientes que reingresaron por 3 o más ocasiones al hospital 'Humberto Ugalde Camacho' en los años 2015 –2016, se observó en un promedio de 48 años con un (DS 14,63) de una edad comprendida entre 18 y 84 años. Existió un predominio del sexo masculino 51,35%. En cuanto al registro de estado civil existió un predominio de solteros 56,76%; seguido del estado civil casado y divorciado ambos presentes en 18,02%. En lo que se refiere a escolaridad se observó que el 23,42% tiene secundaria incompleta, y el mismo porcentaje de pacientes presenta secundaria completa; seguido de 18,92% que poseen primaria completa. La mayoría de pacientes reingresaron por 3-6 ocasiones 61,26% seguido por un rango de 7-10 en el 19,82% y finalmente 18,92% que reingresaron >10 ocasiones en el hospital 'Humberto Ugalde Camacho' en los años 2015 – 2016.



Tabla 2. Frecuencia de el diagnóstico psiquiátrico inicial de 111 pacientes que reingresan por tercera o más ocasiones al hospital ‘Humberto Ugalde Camacho’ en los años 2015 – 2016.

DIAGNOSTICO INICIAL	Cambio de diagnóstico					
	no	%	si	%	Total	%
Esquizofrenia paranoide (F20.0)	10	58,82	7	41,18	17	100
Psicosis no especificada no debida a sustancia o enfermedad médica (F29)	0	0,00	1	100,00	1	100
Trastorno adaptativo con ansiedad (F43.22)	1	100,00	0	0,00	1	100
Trastorno bipolar, episodio actual depresivo, grave, con síntomas psicóticos (F31.5)	0	0,00	1	100,00	1	100
Trastorno bipolar, episodio actual depresivo, gravedad leve o moderada (F31.3)	0	0,00	3	100,00	3	100
Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos (F31.1)	3	60,00	2	40,00	5	100
Trastorno bipolar, episodio actual maníaco, con síntomas psicóticos, grave (F31.2)	1	20,00	4	80,00	5	100
Trastorno bipolar, episodio actual mixto (F31.6)	0	0,00	1	100,00	1	100
Trastorno bipolar, episodio maníaco sin síntomas psicóticos (F30.1)	1	25,00	3	75,00	4	100
Manía con síntomas psicóticos (F30.2)	0	0,00	3	100,00	3	100
Trastorno bipolar, no especificado (F31.9)	0	0,00	4	100,00	4	100
Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica (F06.3)	0	0,00	2	100,00	2	100
Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica con características maníacas (F06.33)	3	27,27	8	72,73	11	100
Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica con características mixtas (F06.34)	7	53,85	6	46,15	13	100
Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica con episodio de tipo depresivo mayor (F06.32)	0	0,00	1	100,00	1	100
Trastorno delirante (F22)	1	100,00	0	0,00	1	100
Trastorno depresivo mayor, episodio único (F32)	0	0,00	1	100,00	1	100
Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave con síntomas psicóticos (F32.3)	0	0,00	6	100,00	6	100
Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos (F32.2)	0	0,00	2	100,00	2	100
Trastorno depresivo mayor, recurrente grave con síntomas psicóticos (F33.3)	3	50,00	3	50,00	6	100
Trastorno depresivo mayor, recurrente grave sin síntomas psicóticos (F33.2)	1	100,00	0	0,00	1	100
Trastorno depresivo mayor, recurrente, leve (F33.0)	0	0,00	1	100,00	1	100
Trastorno depresivo mayor, recurrente, moderado (F33.1)	0	0,00	1	100,00	1	100
Trastorno esquizoafectivo, no especificado (F25.9)	1	100,00	0	0,00	1	100
Trastorno esquizoafectivo, tipo bipolar (F25.0)	1	100,00	0	0,00	1	100
Trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo (F25.1)	1	33,33	2	66,67	3	100
Trastorno obsesivo-compulsivo (F42)	2	50,00	2	50,00	4	100
Trastorno psicótico breve (F23)	0	0,00	1	100,00	1	100
Trastorno psicótico con ideas delirantes debido a enfermedad médica (F06.2)	3	30,00	7	70,00	10	100
TOTAL	39	35,14	72	64,86	111	100

Fuente: Base de datos de formularios de registro.

Autores: Larrea M., Marca I.

Mónica Karina Larrea Abad
Oscar Israel Marca Ortuño



Los diagnósticos más frecuentes durante el primer ingreso de los 111 pacientes que reingresan por tercera o más ocasiones al hospital 'Humberto Ugalde Camacho' en los años 2015 – 2016, son esquizofrenia paranoide (F20.0) con un 15,32% (n:17), seguido de trastornos del estado de ánimo debido a enfermedades médicas con características mixtas (F06.34) con un 11,71% (n:13); luego podemos encontrar al trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica con características maníacas (F06.33) con un 9,91% (n:11), seguido de trastorno psicótico con ideas delirantes debido a enfermedad médica (F06.2) con un 9,91% (n:10).

Tabla 3. Frecuencia del diagnóstico psiquiátrico final de 111 pacientes que reingresan por tercera o más ocasiones al hospital ‘Humberto Ugalde Camacho’ en los años 2015 – 2016.

DIAGNÓSTICO FINAL	Cambio de diagnóstico					
	no	%	si	%	Total	%
Anorexia nerviosa, tipo restrictivo (F50.1)	0	0,00	1	100,00	1	100
Esquizofrenia paranoide (F20.0)	10	83,33	2	16,67	12	100
Trastorno adaptativo con ansiedad (F43.22)	1	100,00	0	0,00	1	100
Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, no especificado (F31.9)	0	0,00	1	100,00	1	100
Trastorno bipolar, episodio actual depresivo, gravedad leve o moderada (F31.3)	0	0,00	3	100,00	3	100
Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos (F31.1)	3	75,00	1	25,00	4	100
Trastorno bipolar, episodio actual maníaco, con síntomas psicóticos, grave (F31.2)	1	33,33	2	66,67	3	100
Trastorno bipolar, episodio actual mixto (F31.6)	0	0,00	6	100,00	6	100
Trastorno bipolar, episodio maníaco sin síntomas psicóticos (F30.1)	1	100,00	0	0,00	1	100
Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica (F06.3)	0	0,00	2	100,00	2	100
Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica con características maníacas (F06.33)	3	18,75	13	81,25	16	100
Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica con características mixtas (F06.34)	7	33,33	14	66,67	21	100
Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica con episodio de tipo depresivo mayor (F06.32)	0	0,00	4	100,00	4	100
Trastorno delirante (F22)	1	50,00	1	50,00	2	100
Trastorno depresivo mayor, recurrente grave con síntomas psicóticos (F33.3)	3	60,00	2	40,00	5	100
Trastorno depresivo mayor, recurrente grave sin síntomas psicóticos (F33.2)	1	33,33	2	66,67	3	100
Trastorno esquizoafectivo, no especificado (F25.9)	1	100,00	0	0,00	1	100
Trastorno esquizoafectivo, tipo bipolar (F25.0)	1	12,50	7	87,50	8	100
Trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo (F25.1)	1	33,33	2	66,67	3	100
Trastorno obsesivo-compulsivo (F42)	2	100,00	0	0,00	2	100
Trastorno psicótico con ideas delirantes debido a enfermedad médica (F06.2)	3	25,00	9	75,00	12	100
TOTAL	39	35,14	72	64,86	111	100

Fuente: Base de datos de formularios de registro.

Autores: Larrea M., Marca I.



Al hablar de la frecuencia de los diagnósticos finales de pacientes que reingresan por tercera o más ocasiones al hospital 'Humberto Ugalde Camacho' en los años 2015 – 2016 el mayor número de casos fue diagnosticado como trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica con características mixtas (F06.34) con un 18,92% (n:21), seguido de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica con características maníacas (F06.33) representando un 14,41% (n:16), y con un 10,81% (n:12) encontramos a la esquizofrenia paranoide (F20.0) al igual que el trastorno psicótico con ideas delirantes debido a enfermedad médica (F06.2).



Tabla 4. Consistencia prospectiva y retrospectiva de el diagnóstico psiquiátrico de 111 pacientes que reingresan por tercera o más ocasiones al hospital 'Humberto Ugalde Camacho' en los años 2015 – 2016.

DIAGNOSTICO INICIAL	CONSISTENCIA PROSPECTIVA	CONSISTENCIA RETROSPECTIVA
Esquizofrenia paranoide (F20.0)	58,82%	83,33%
Trastorno adaptativo con ansiedad (F43.22)	100,00%	100,00%
Trastorno bipolar, episodio actual depresivo, gravedad leve o moderada (F31.3)	0,00%	0,00%
Trastorno bipolar, episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos (F31.1)	60,00%	75,00%
Trastorno bipolar, episodio actual maniaco, con síntomas psicóticos, grave (F31.2)	20,00%	33,33%
Trastorno bipolar, episodio actual mixto (F31.6)	0,00%	0,00%
Trastorno bipolar, episodio maniaco sin síntomas psicóticos (F30.1)	25,00%	100,00%
Trastorno bipolar, no especificado (F31.9)	0,00%	0,00%
Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica (F06.3)	0,00%	0,00%
Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica con características maníacas (F06.33)	27,27%	18,75%
Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica con características mixtas (F06.34)	58,35%	33,33%
Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica con episodio de tipo depresivo mayor (F06.32)	0,00%	0,00%
Trastorno delirante (F22)	100,00%	50,00%
Trastorno depresivo mayor, recurrente grave con síntomas psicóticos (F33.3)	50,00%	60,00%
Trastorno depresivo mayor, recurrente grave sin síntomas psicóticos (F33.2)	100,00%	33,33%
Trastorno esquizoafectivo, no especificado (F25.9)	100,00%	100,00%
Trastorno esquizoafectivo, tipo bipolar (F25.0)	100,00%	12,50%
Trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo (F25.1)	33,33%	33,33%
Trastorno obsesivo-compulsivo (F42)	50,00%	100,00%
Trastorno psicótico con ideas delirantes debido a enfermedad médica (F06.2)	30,00%	25,00%
Psicosis no especificada no debida a sustancia o enfermedad médica (F29)	0,00%	
Trastorno bipolar, episodio actual depresivo, grave, con síntomas psicóticos (F31.5)	0,00%	
Trastorno bipolar, episodio maniaco, grave, con síntomas psicóticos (F30.2)	0,00%	
Trastorno depresivo mayor, episodio único (F32)	0,00%	
Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave con síntomas psicóticos (F32.3)	0,00%	
Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos (F32.2)	0,00%	
Trastorno depresivo mayor, recurrente, leve (F33.0)	0,00%	
Trastorno depresivo mayor, recurrente, moderado (F33.1)	0,00%	
Trastorno psicótico breve (F23)	0,00%	
OTROS DIAGNOSTICOS		
Anorexia nerviosa, tipo restrictivo (F50.1)		0,00%

Fuente: Base de datos de formulario de registro.



Autores: Larrea M., Marca I.

Al valorar la consistencia prospectiva y la consistencia retrospectiva de los trastornos presentados con mayor frecuencia en los pacientes que reingresan por tercera o más ocasiones al hospital 'Humberto Ugalde Camacho' en los años 2015 – 2016 encontramos los siguientes resultados:

Esquizofrenia paranoide (F20.0), se presentó en 15,32% (n: 17) durante el diagnóstico inicial; mientras que en el diagnóstico final se redujo a 10,81% (n: 12). Como se muestra en la Tabla 4, la consistencia prospectiva para la esquizofrenia paranoide era del 58,82% puesto que de los 17 pacientes que presentaron este diagnóstico como inicial solamente 10 mantuvieron el mismo diagnóstico; mientras que la consistencia retrospectiva fue 83,33%, debido a que de los 12 pacientes que presentaron este diagnóstico como final solamente 10 pacientes lo tuvieron como diagnóstico inicial.

Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica con características mixtas (F06.34), 11,71% (n: 13) fueron diagnosticados inicialmente con dicho trastorno, incrementándose esta cifra a 18,92% (n: 21) como diagnóstico final. De los 13 pacientes que presentaron este trastorno como diagnóstico inicial únicamente 7 pacientes mantuvieron el diagnóstico dando una consistencia prospectiva de 58,35%; la consistencia retrospectiva fue de 33,33% debido a que de los 21 pacientes que presentaron este diagnóstico como final, únicamente 7 lo presentaron como diagnóstico inicial.

Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica con características maníacas (F06.33), existió un 9,91% (n: 11) de pacientes que presentaron este trastorno como diagnóstico inicial, mostrando un aumento a 14,41% (n: 16) durante el diagnóstico final. Dando una consistencia prospectiva de 27,27% debido a que de los 11 pacientes que presentaron este trastorno como diagnóstico inicial 3 mantuvieron dicho diagnóstico; de los 16 pacientes que presentaron este diagnóstico como final únicamente 3 lo presentaron también como diagnóstico inicial dando una consistencia retrospectiva de 18,75%.



Trastorno psicótico con ideas delirantes debido a enfermedad médica (F06.2), se observó 9,01% (n: 10) pacientes diagnosticados inicialmente con dicho trastorno, al referirnos al diagnóstico final se observó un incremento a 10,81% (n: 12). La consistencia prospectiva fue del 30% puesto que de los 10 pacientes que presentaron este trastorno como diagnóstico inicial únicamente 3 lo presentaron como diagnóstico final y la consistencia retrospectiva fue del 25% debido a de los 12 pacientes que presentaron este trastorno como diagnóstico final únicamente 3 lo presentaron como diagnóstico inicial.

Los trastornos con una consistencia prospectiva superior fueron: Esquizofrenia paranoide (F20.0) con un 58,82%; trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica con características mixtas (F06.34) con 58,35% y trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos (F31.1) en un 60%; de los cinco trastornos que presentaron una consistencia prospectiva del 100% debe recalcar que solamente se presentaron en un paciente durante el diagnóstico inicial mismo que mantuvo estable su diagnóstico.

La consistencia retrospectiva fue mayor en los siguientes trastornos: Esquizofrenia paranoide (F20.0) con un 83,33%; trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos (F31.1) con un 75%; trastorno depresivo mayor, recurrente grave con síntomas psicóticos (F33.3) con un 60%; de los cuatro trastornos que presentaron una consistencia retrospectiva del 100%, únicamente el trastorno obsesivo-compulsivo (F42) se presentó en 1,80% (n: 2) pacientes durante el diagnóstico final, mientras que los otros tres diagnósticos se presentaron solamente en 0.90% (n:1).

Los siguientes trastornos: Psicosis no especificada no debida a sustancia o enfermedad médica (F29); trastorno bipolar, episodio actual depresivo, grave, con síntomas psicóticos (F31.5); trastorno depresivo mayor, episodio único (F32); trastorno depresivo mayor, recurrente, leve (F33.0); trastorno depresivo mayor, recurrente, moderado (F33.1); trastorno psicótico breve (F23); fueron presentados cada uno únicamente en un 0,90% (n:1); trastorno depresivo mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos (F32.2) en 1,80% (n:2); manía con síntomas psicóticos (F30.2) en 2,7% (n:3); trastorno depresivo mayor, episodio



único, grave con síntomas psicóticos (F32.3) en 5,4% (n:6), presentaron variabilidad por lo cual la consistencia prospectiva de cada uno de estos trastornos fue de 0%; ningún paciente fue diagnosticado de estos trastornos en la valoración final por lo cual no se puede obtener la consistencia retrospectiva. *Anorexia nerviosa, tipo restrictivo (F50.1)*, este trastorno únicamente fue presentado por un paciente en su diagnóstico final, por lo cual presenta una consistencia retrospectiva de 0%, no se puede obtener su consistencia retrospectiva debido a que ningún paciente presentó este trastorno durante el diagnóstico inicial.



Tabla N° 5 Distribución de pacientes por variables sociodemográficas, cambio de médico y número de ingresos según la presencia o no de cambio de diagnóstico.

VARIABLES		CAMBIO DE DIAGNÓSTICO					
		Si	%	No	%	Total	%
EDAD	<18	2	1,80	0	0,00	2	1,80
	18 - 60	57	51,35	31	27,93	88	79,28
	>60	13	11,71	8	7,21	21	18,92
	Total	72	64,86	39	35,14	111	100,00
ESTADO CIVIL	Casado	13	6,31	7	11,71	20	18,02
	Divorciado	16	14,41	4	3,60	20	18,02
	Separado	1	0,90	1	0,90	2	1,80
	Soltero	38	34,23	25	22,52	63	56,76
	Unión libre	1	0,90	2	1,80	3	2,70
	Viudo	3	2,70	0	0,00	3	2,70
	Total	72	59,46	39	40,54	111	100,00
ESCOLARIDAD	Desconoce	1	0,90	0	0,00	1	0,90
	No posee	2	1,80	1	0,90	3	2,70
	Primaria completa	14	12,61	7	6,31	21	18,92
	Primaria incompleta	6	5,41	5	4,50	11	9,91
	Secundaria completa	15	13,51	11	9,91	26	23,42
	Secundaria incompleta	18	16,22	8	7,21	26	23,42
	Superior completa	10	9,01	5	4,50	15	13,51
	Superior incompleta	6	5,41	2	1,80	8	7,21
	Total	72	64,86	39	35,14	111	100,00
SEXO	Femenino	34	30,63	20	18,02	54	48,65
	Masculino	38	34,23	19	17,12	57	51,35
	Total	72	64,86	39	35,14	111	100,00
CAMBIO DE MEDICO	No	7	6,31	5	4,50	12	10,81
	Si	65	58,56	34	30,63	99	89,19
	Total	72	64,86	39	35,14	111	100,00
N° DE INGRESOS	3 - 6	47	42,34	21	18,92	68	61,26
	7 - 10	14	12,61	8	7,21	22	19,82
	>10	11	9,91	10	9,01	21	18,92
	Total	72	64,86	39	35,14	111	100,00

Fuente: Base de datos de formulario de registro.

Elaborado por: Larrea, M; Marca, I.



Como se aprecia en la tabla número 5, la estabilidad global de los diagnósticos psiquiátricos del presente estudio corresponde al 35,14%, es decir de los 111 pacientes registrados inicialmente con determinado trastorno, son 39 aquellos que no presentan cambio de diagnóstico en su último ingreso.

De acuerdo a la distribución de casos por variables sociodemográficas, cambio de médico y número de ingresos según cambio o no de diagnóstico, los mayores porcentajes de casos estables correspondientes a cada variable son: el 27,93% (n:31) se encuentran en el rango de 18 a 60 años de edad o edad adulta. Según el estado civil, el 22,52% (n:25) se encuentran dentro de la categoría Soltero. El 9,91% (n:11) de casos estables se encuentran en la categoría Secundaria completa según la escolaridad. De acuerdo al sexo, el 18,02% (n:20) pertenecen al sexo femenino. Según el cambio de médico, el 30, 63% (n:34) de casos estables poseen cambio de médico y en base al número de ingresos, el 18,92% (n:21) tienen de 3 a 6 ingresos.

En cambio, los menores porcentajes de casos sin cambio de diagnóstico se encuentran en las siguientes categorías: el grupo de pacientes con edad inferior a 18 años, presentan un 0,00% de casos estables; según el estado civil la categoría Viudo posee un 0,00% de casos estables; de acuerdo a la escolaridad, la categoría Desconoce posee un 0,00% de casos; el sexo masculino posee el 17,12% (n:19) de casos sin cambio de diagnóstico; el 4,50% (n:5) de pacientes con casos estables según el cambio de médico lo constituyen aquellos que no cambian de médico y de acuerdo al número de ingresos, el grupo con 7 a 10 ingresos poseen un 7,21% (n:8) de casos estables.



Tabla N°6 Distribución de casos estables pertenecientes a cada categoría diagnóstica inicial según cambio de criterios diagnósticos en base al CIE10.

CASOS ESTABLES	Cambio de Criterios Diagnósticos					
	no	%	si	%	Total	%
Esquizofrenia paranoide (F20.0)	8	80,00	2	20,00	10	100,00
Trastorno adaptativo con ansiedad (F43.22)	1	100,00	0	0,00	1	100,00
Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos (F31.1)	1	33,33	2	66,67	3	100,00
Trastorno bipolar, episodio actual maníaco, con síntomas psicóticos, grave (F31.2)	0	0,00	1	100,00	1	100,00
Trastorno bipolar, episodio maníaco sin síntomas psicóticos (F30.1)	1	100,00	0	0,00	1	100,00
Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica con características maníacas (F06.33)	0	0,00	3	100,00	3	100,00
Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica con características mixtas (F06.34)	6	85,71	1	14,29	7	100,00
Trastorno delirante (F22)	1	100,00	0	0,00	1	100,00
Trastorno depresivo mayor, recurrente grave con síntomas psicóticos (F33.3)	3	100,00	0	0,00	3	100,00
Trastorno depresivo mayor, recurrente grave sin síntomas psicóticos (F33.2)	1	100,00	0	0,00	1	100,00
Trastorno esquizoafectivo, no especificado (F25.9)	1	100,00	0	0,00	1	100,00
Trastorno esquizoafectivo, tipo bipolar (F25.0)	1	100,00	0	0,00	1	100,00
Trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo (F25.1)	1	100,00	0	0,00	1	100,00
Trastorno obsesivo-compulsivo (F42)	2	100,00	0	0,00	2	100,00
Trastorno psicótico con ideas delirantes debido a enfermedad médica (F06.2)	3	100,00	0	0,00	3	100,00
TOTAL	30	76,92	9	23,08	39	100,00

Fuente: Base de datos de formularios de registro.

Elaborado por: Larrea, M; Marca, I.

Se calculó la frecuencia y porcentaje de cambio o no de criterios diagnósticos del total de casos estables en su diagnóstico y del grupo de caso estables de cada trastorno diagnosticado, resultando que no existió cambio de criterios en el 76,92% (n:30) del total de casos que se mantienen estables (n:39) a comparación del 23,08% (n:9) que presenta cambios en sus criterios diagnósticos. Para detallar el grado de estabilidad diagnóstica se adjuntan los valores de la consistencia prospectiva.



Con respecto al análisis según cada patología, aquellas cuya totalidad (100%) de casos estables no cambian de criterios diagnósticos son:

CASOS ESTABLES SIN CAMBIO DE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	CP (CONSISTENCIA PROSPECTIVA)
Trastorno adaptativo con ansiedad (F43.22)	100,00%
Trastorno bipolar, episodio maníaco sin síntomas psicóticos (F30.1)	25,00%
Trastorno delirante (F22)	100,00%
Trastorno depresivo mayor, recurrente grave con síntomas psicóticos (F33.3)	50,00%
Trastorno depresivo mayor, recurrente grave sin síntomas psicóticos (F33.2)	100,00%
Trastorno esquizoafectivo, no especificado (F25.9)	100,00%
Trastorno esquizoafectivo, tipo bipolar (F25.0)	100,00%
Trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo (F25.1)	33,33%
Trastorno obsesivo-compulsivo (F42)	50,00%
Trastorno psicótico con ideas delirantes debido a enfermedad médica (F06.2)	30,00%

Como se demuestra en la tabla, 5 de las 10 patologías con casos estables sin cambio de criterios diagnósticos presentan consistencias prospectivas del 100% y las otras consistencias prospectivas de un rango de 25,00% al 50,00%.

En cambio, aquellas cuya totalidad (100%) de casos estables presentan cambios de criterios diagnósticos son:

CASOS ESTABLES CON CAMBIOS DE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	CP % (CONSISTENCIA PROSPECTIVA)
Trastorno bipolar, episodio actual maníaco, con síntomas psicóticos, grave (F31.2)	20,00%
Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica con características maníacas (F06.33)	27,27%

Según la tabla, las patologías con el 100% de casos estables con cambio de criterios diagnósticos presentan consistencias prospectivas del 20,00% y



27,27%, a diferencia de aquellas con casos que no cambian de criterios las cuales poseen consistencias prospectivas mayores, es decir mayor estabilidad. Cabe recalcar que, a pesar de existir cambio de criterios, aquellos otorgan el mismo diagnostico a los respectivos casos.

Según el análisis, las patologías respectivas de casos estables que presentan cambio de criterios diagnósticos y ausencia de cambio, son:

CASOS ESTABLES CON CAMBIO Y SIN CAMBIO DE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (CP %)	CAMBIO DE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS		CP % (CONSISTENCIA PROSPECTIVA)
	NO % (n)	SI % (n)	
Esquizofrenia paranoide (F20.0)	80,00% (n:8)	20,00% (n:2)	58,82%
Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos (F31.1)	33,33% (n:1)	66,67% (n:3)	60,00%
Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica con características mixtas (F06.34)	85,71% (n:6)	14,29% (n:1)	58,35%

Como se demuestra en la tabla, la patología con la mayor cantidad de casos estables sin cambio de criterios diagnósticos (85,71%) es el **Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica con características mixtas (F06.34)** con una CP (Consistencia Prospectiva) del 58,35%, a diferencia del **Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos (F31.1)** que posee la mayor cantidad de casos con cambio de criterio diagnósticos (66,67%) y una CP del 60%.



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

De acuerdo al análisis de los datos obtenidos de 111 pacientes que reingresan por tres o más ocasiones al Centro de Reposo y Adicciones CRA Hospital “Humberto Ugalde Camacho” en los años 2015 y 2016 para el estudio de la estabilidad diagnóstica de los trastornos psiquiátricos, los resultados de las variables para caracterizar a los pacientes demuestran que el 79,28% (n:88) de ellos o su mayoría se encuentran en el rango de 18 a 60 años de edad correspondiente a la edad adulta según la OMS al igual que los resultados de otros estudios como el de Atwoli que describe una edad media de 34,7 años (31); una edad media de 38,6 según Alavi (32); o un rango de 38 a 53 según Kim. (30) Con respecto al sexo, el 51,35% (n:57) de casos constituye el sexo masculino que de igual manera constituye la mayor proporción como en el estudio de Atwoli donde el sexo masculino resulta en un 64% (31) o según Alavi con un 71,1% (32), cabe recalcar que únicamente fueron registrados hombres y mujeres y no otro género. La distribución de pacientes según el estado civil resultó en un 56,76% (n:63) para los Solteros, el 18,02% (n:20) los constituyen los Casados y Divorciados, el 2,70% (n:3) para los estados Unión Libre y Viudo, y el 1,80% (n:2) para los Separados, estos resultados poseen una distribución aproximada al 52,7% de pacientes Solteros y 29,2% de pacientes Casados del estudio sobre estabilidad diagnóstica de Baca-García (34) sin embargo las proporciones de los otros grupos de pacientes son muy diferentes a las correspondientes de los estudios de Atwoli y Alavi. (31) (32) Los resultados sobre la escolaridad de los pacientes demuestran el predominio de la escolaridad Secundaria (Completa: 23,42%; Incompleta: 23,425%) seguida en orden decreciente de la Primaria (Completa: 18,92%; Incompleta: 9,91%), Superior (Completa: 13,51%; Incompleta: 7,21%) Analfabeta con un 2,70% y Desconoce en un 0,90% lo cual tiene cierta similitud con el estudio de Alavi cuya distribución es de 51,97% para aquellos con escolaridad inferior a un diploma de secundaria, el 20,4% para quienes poseen diploma de secundaria pero siendo diferente los demás grupos ya que el grupo con Analfabetismo constituye el 15,9% y los universitarios el 6,8% a diferencia de nuestro estudio en el cual el grupo con escolaridad Superior



es mayor que aquellos con analfabetismo. (32) También se analizaron las variables: cambio de médico y número de ingreso sin embargo en las investigaciones consultadas existen referencias a aquellas en relación a la estabilidad, pero no hay un cálculo estadístico de frecuencia.

Con respecto a la frecuencia de los trastornos psiquiátricos aquellos más frecuentes durante el primer ingreso de los pacientes fueron la Esquizofrenia paranoide (F20.0) con un 15,32% (n:17), seguido del Trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica con características mixtas (F06.34) con un 11,71% (n:13); el Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica con características maníacas (F06.33) con un 9,91% (n:11) y el Trastorno psicótico con ideas delirantes debido a enfermedad médica (F06.2) con un 9,91%; cabe recalcar que al igual que nuestro estudio; la Esquizofrenia, los Trastornos del estado de ánimo y los Trastornos psicóticos constituyen las principales causas de ingreso de los pacientes psiquiátricos en las investigaciones consultadas. Alavi en su estudio realizado en la ciudad de Kerman en Irán con 485 pacientes, registra al Trastorno bipolar como la principal causa de ingresos con un 45,1% seguido del Trastorno depresivo mayor con un 18,9% y la Esquizofrenia con un 12,1% de ingresos. (32) Atwoli en su estudio realizado en un hospital de Eldoret en Kenya con 114 pacientes, demuestran que el 47,4% de los ingresos corresponde a los Trastornos de la esquizofrenia, seguido del 30,7% de Trastornos del espectro bipolar y el 12,3% de Trastornos psicóticos. (31) Tavalei en su estudio realizado en un hospital psiquiátrico con 908 pacientes en la ciudad de Teherán en Irán describe una frecuencia de 312 pacientes con Trastornos del estado de ánimo, 249 con Trastornos depresivos y 108 pacientes con Trastornos psicóticos. (38)

Con respecto a la frecuencia de trastornos psiquiátricos diagnosticados en el último ingreso de los pacientes, cambia el orden de la frecuencia pero no los diagnósticos más frecuentes, es decir predomina El Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica con características mixtas (F06.34) con un 18,92% (n:21), seguido del Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica con características maníacas (F06.33) representando un 14,41% (n:16), la Esquizofrenia paranoide (F20.0) con un 10,81% (n:12) al igual que el trastorno



psicótico con ideas delirantes debido a enfermedad médica (F06.2). Se presentaron resultados diferentes a excepción de la Esquizofrenia en el estudio de Atwoli que describe un 42,1% de casos con Trastornos de la Esquizofrenia y un 40,4% con Trastornos del espectro Bipolar, (31)

Esto demuestra la alta frecuencia de estas patologías en el Hospital “Humberto Ugalde Camacho” que presenta cierta similitud con hospitales psiquiátricos de otros países. Alavi menciona en su estudio y lo corrobora con otros la alta frecuencia de los Trastornos del estado de ánimo. (32) Cabe recalcar que los diagnósticos mencionados en nuestro estudio corresponden al sistema CIE-10 con su respectivo código y fueron tomados de la epicrisis de cada paciente.

Sobre el estudio de estabilidad diagnóstica, nuestro estudio se basa en calcular la **consistencia prospectiva (CP)** que constituye el porcentaje de casos con determinado diagnóstico durante su primera evaluación que mantiene el mismo diagnóstico en la última evaluación y la **consistencia retrospectiva (CR)** representada por el porcentaje de casos de un determinado diagnóstico en la última evaluación que lo poseen en sus primeras evaluaciones. De acuerdo a los resultados obtenidos, la estabilidad global es de un 35,14% es decir, 39 pacientes mantuvieron su diagnóstico inicial; este valor es bajo comparándolo con otros estudios que describen porcentajes mayores como un 72,8% de 114 pacientes (31) o 57,6% de 908 pacientes (38), ambos realizados en Irán y considerados índices de baja estabilidad diagnóstica.

Con respecto a la estabilidad diagnóstica de cada trastorno registrado, aquellos con la más alta estabilidad fueron: Trastorno adaptativo con ansiedad F43.22 y el Trastorno esquizoafectivo, no especificado F25.9 con una CP y CR del 100% cada una. Sin embargo, cada una de estas patologías poseen únicamente un caso registrado en los ingresos iniciales y finales, les sigue el Trastorno delirante F22 con una CP 100% y CR 50%, el Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos F31.1 con una CP:60,00% y CR:75%, la Esquizofrenia paranoide con una CP: 58,82% y CR: 83,33%; el Trastorno obsesivo compulsivo con una CP: 50,00% y CR: 100,00%. Estos valores son aproximados a los resultados de otros estudios sobre estabilidad diagnóstica, Alavi describe al Trastorno Bipolar en general como el diagnóstico más estable con una CP:



71,0% y CR:69,4% seguida de la Esquizofrenia con un CP:55,9% y CR:45,8%. (32) Atwoli describe a los Trastornos Bipolares con una CP:91,4% y CR: 69,6% seguido de los Trastornos de la esquizofrenia con una CP: 75% y CR: 87,2%. (31) De igual manera otros estudios describen valores aproximados. (30) (34) (38) En nuestro estudio es la Esquizofrenia paranoide la que posee los valores de estabilidad más próximos a resultados de estudios realizados en otros países y también es un trastorno del espectro bipolar el que posee una estabilidad mayor que otros trastornos, congruente con los resultados de estudios ya mencionados. Se considera el hecho de que, al asociarse un trastorno bipolar con una enfermedad somática llamados según el CIE10 como trastornos del estado de ánimo por enfermedad médica, la estabilidad será alta por ya conocer la afectación de tipo somático y el cuadro clínico respectivo. (29) Esto no se cumple en nuestro estudio ya que los trastornos del estado de ánimo asociados a enfermedad médica no poseen las estabilidades más altas

En cuanto a los trastornos con la más baja estabilidad fueron: la Psicosis no especificada F29, el Trastorno bipolar, episodio actual depresivo, grave, con síntomas psicóticos F31.5; la Manía con síntomas psicóticos (F30.2); el Trastorno psicótico breve (F23) y varios trastornos de tipo depresivo, estos diagnósticos poseen una CP:0,00% y una CR ausente, es decir ningún caso fue diagnosticado con una de estas patologías en los últimos ingresos. Comprando estos resultados con otros estudios, no hay congruencia ya que en ellos los Trastornos depresivos mayores presentan valores de estabilidad superiores al 20,00%. (32) (31) (38) Sin embargo, un punto en común es la baja estabilidad de algunos trastornos psicóticos como el episodio breve y aquellos asociados a trastornos afectivos registrados en otros estudios. (31) (32) (38) (39) Atwoli describe que esto se debe al diagnóstico eventual que sufren aquellos casos que presentan síntomas psicóticos. (31) Baca-García, menciona que la estabilidad dinástica de un trastorno bipolar puede verse afectada por los cambios de episodios especialmente el tipo depresivo leve o moderado. (34)

Al establecer una relación entre el grado de estabilidad diagnóstica y las variables sociodemográficas, se encontró que la mayor cantidad de casos con diagnósticos estables corresponden a aquellos con 18 a 60 años de edad,



solteros, de sexo femenino. No se han encontrado muchos estudios que analicen este tipo de relación, pero si referencias sobre la edad, se menciona que diagnósticos realizados en la infancia son más estables que aquellos en los adultos lo cuales manifiestan cuadros atípicos. (29) Hecho que no se presenta en nuestro estudio. Talavei buscó asociar la estabilidad con algunas variables como edad, estado marital y escolaridad, sin embargo no encontró asociación estadística alguna. (38) Además, otros estudios como los de Kendall y Baca-García mencionan una mayor estabilidad diagnóstica en pacientes con menor número de ingresos y menos profesionales a su cargo. (33) (34) Pero en nuestro estudio los diagnósticos estables predominan en pacientes en cuyas evaluaciones cambiaron de médico, pero poseen el número más bajo de ingresos (3-6).

Con respecto a la relación entre el grado de estabilidad y los criterios diagnósticos de los trastornos psiquiátricos, se evidencia que aquellas patologías con valores altos de estabilidad diagnóstica no han cambiado de criterios para su diagnóstico en los últimos ingresos de los pacientes. Esto se relaciona con el hecho de utilizar para el diagnóstico un sistema basado en criterios que categorizan el cuadro clínico en un trastorno psiquiátrico determinado; Alavi, Kendall y Baca-García han notificado una mayor estabilidad con el uso de criterios diagnósticos, pero no una resolución total del problema ya que no es el único necesario para realizar un diagnóstico. (32) (33) (34)



CAPÍTULO VII

7. 1 CONCLUSIONES

Del presente estudio realizado con 111 pacientes que reingresan al hospital 'Humberto Ugalde Camacho' en los años 2015 – 2016, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

- El rango de edades de la población de estudio fue de entre 18 y 84 años; con una media de edad de 48 años; en cuanto al sexo de la población encontramos un predominio del sexo masculino 51,35%; la mayoría de pacientes reingreso en un rango de 3-6 ocasiones con un total de 61,26%; un predominio de 56,76% presentan un registro de estado civil como soltero; en lo referente a la escolaridad se observó que 23,42% tiene secundaria incompleta, y el mismo porcentaje de pacientes presenta secundaria completa; la gran mayoría un 95,63%, presento un cambio de médico desde el primer ingreso hasta su ultimo ingreso.
- Durante el primer ingreso se diagnosticaron 29 diferentes trastornos dentro de los cuales el más frecuente fue la esquizofrenia paranoide (F20.0) con un 15,32%; mientras que al realizarse el diagnóstico final se encontraron 21 trastornos de los cuales el más frecuente fue el trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica con características mixtas (F06.34) con un 18,92%.
- De los 111 pacientes el 35,14% presento estabilidad en el diagnóstico inicial, mientras que el 64,86% vario desde el diagnóstico inicial hacia el diagnostico final.
- Los trastornos que sobresalen al presentar una mayor estabilidad con consistencias tanto prospectiva como retrospectiva del 100% fueron Trastorno adaptativo con ansiedad (F43.22) y el Trastorno esquizoafectivo, no especificado (F25.9); sin embargo, existe únicamente un caso registrado tanto en los diagnósticos iniciales y finales de estos trastornos, les sigue el Trastorno delirante F22 con una CP 100% y CR



50%, el Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos F31.1 con una CP:60,00% y CR:75%, la Esquizofrenia paranoide con una CP: 58,82% y CR: 83,33%; el Trastorno obsesivo compulsivo con una CP: 50,00% y CR: 100,00%.



7.2 RECOMENDACIONES

Mantener el uso manuales diagnósticos basados en criterios para el diagnóstico de las enfermedades psiquiátricas, ya que permiten categorizar a una patología con la adecuada evidencia.

Realizar otros estudios sobre estabilidad diagnóstica de trastornos psiquiátricos en hospitales e instituciones de salud mental del país, ya que existen pocos estudios sobre el tema a nivel de Latinoamérica.

Ejercitar a profesionales de la salud encargados de la evaluación de los pacientes en el proceso diagnóstico y reconocimientos de enfermedades a cargo de personal con mayor experiencia.

Realizar un seguimiento de pacientes con múltiples ingresos, enfatizando la evaluación de casos que presentan múltiples cambios en sus diagnósticos.

Hacer conciencia en la importancia del bienestar mental, para mantener un estado de salud adecuado.

Hablar directamente con los pacientes y sus familiares, utilizando un lenguaje sencillo y claro, explicarles que puede existir variabilidad en la sintomatología lo que desencadena un nuevo diagnóstico psiquiátrico.



CAPÍTULO VIII

8.1 BIBLIOGRAFÍA

1. Cham DM. Panorama general. PLAN DE ACCION AOBRE SALUD MENTAL 2013-2020. 2013;: p. 06-10.
2. MENDIBURU. L. BIOETICA Y PSIQUIATRIA. [Online].; 2017. Available from:
http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0ahUKEwifwqmmjvbUAhWlWCYKHW5LAlkQFgg3MAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.bioeticacs.org%2Ficeb%2Finvestigacion%2FETICA_Y_PSIQUIATRIA_LMendiburu.pdf&usq=AFQjCNHa1bS_uAtQ3uYOODTzWyJvSh44lw.
3. Rodriguez JJ. OMS, epidemiologia de los trastornos mentales en America Latina y el Caribe. [Online].; 2017. Available from:
http://www.who.int/mental_health/publications/mental_disorders_LAC/es/.
4. Casarotti H. Evolucion del diagnostico y clasificacion en patologia mental. Revista de psiquiatria del Uruguay. 2012 Septiembre; 76(1): p. 49-59.
5. Manes J. Sobre el juicio psiquiatrico y su pretension de verdad: una mirada crítica. Revista de la Asociacion Española de Neuropsiquiatría. 2016 Diciembre; 36(130): p. 463-478.
6. Fumado C, Gomez E, Rodriguez M, Arimany J. Responsabilidad profesional medica en psiquiatria. Actas Españolas Psiquiatricas. 2015 Noviembre 30; 43(6): p. 2015-2012.
7. Ministerio de Salud Publica. Ministerio de Salud Publica. [Online]. [cited 2017 Julio 6. Available from: <http://www.salud.gob.ec/salud-mental/>.
8. Cárdenas LSM. Observatorio de salud mental Guatemala. [Online].; 2013 [cited 2018 febrero 19. Available from: <http://www.muniguate.com/images/2014/user01/0403/saludmentaldoc.pdf>.
9. Bertolote J. The roots of the concept of mental health. Journal of the World Psychiatric Association. 2008 junio; 7(2).



10. Organización Mundial de la Salud DdSMAdS. Promoción de la salud mental. Compendiado. Ginebra: Fundación Victoriana, Universidad de Melbourne, OMS; 2004.
11. OMS. Organización mundial de la salud. [Online].; 2018 [cited 2018 febrero 19]. Available from: http://www.who.int/topics/mental_health/es/.
12. MSP. Salud Mental. [Online].; 2017 [cited 2018 febrero 20]. Available from: <http://www.salud.gob.ec/salud-mental/>.
13. Rodríguez J. Los servicios de salud mental en América Latina y el. Rev Psiquiatr Urug. 2011 diciembre; 75(2).
14. Cruz A. La mala salud mental, un obstáculo al desarrollo de América Latina. [Online].; 2015 [cited 2018 febrero 20]. Available from: <http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2015/07/13/bad-mental-health-obstacle-development-latin-america>.
15. OMS. Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP). [Online].; 2018 [cited 2018 febrero 20]. Available from: http://www.who.int/mental_health/mhgap/es/.
16. Ecuador2008 CdIrd. Estrategias públicas y programas de atención a las personas adultas mayores. 2008. Artículo 38, literal 9.
17. MarcoAGE. Plan Estratégico Nacional de Salud Mental. [Online].; 2017 [cited 2018 febrero 20]. Available from: https://kupdf.com/download/plan-estrategico-nacional-de-salud-mental-con-acuerdo_59b0596edc0d600c78568edf_pdf.
18. Vida STPTU. Ecuador cuenta con estrategia para atender enfermedades mentales. [Online].; 2017 [cited 2018 febrero 20]. Available from: <http://www.todaunavida.gob.ec/ecuador-cuenta-con-estrategia-para-atender-enfermedades-mentales/>.
19. MSP. Se presenta plan estratégico nacional para garantizar la atención de la salud mental. [Online].; 2015 [cited 2018 febrero 20]. Available from: <http://www.salud.gob.ec/se-presenta-plan-estrategico-nacional-para-garantizar-la-atencion-de-la-salud-mental/>.
20. Schnaas F. Avances en el diagnóstico y tratamiento. Medigraphic, Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2017; 45(1).



21. Miyar MV. Título: DSM-IV-TR : Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 2002..
22. Barrio V. Raíces y evolución del DSM. revista de historia de la psicología. 2009 junio-septiembre; 30(2-3).
23. Tais Pérez. La evolución del DSM. [Online]. [cited 2018 febrero 22. Available from: <http://taispd.com/dsm-5-breve-historia-del-dsm/>.
24. WHO. World Health Organization. [Online].; 2016 [cited 2018 febrero 22. Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/#>.
25. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing Between the Validity and Utility. American Journal Psychiatry. 2003 Enero; 160(1): p. 4-12.
26. Timimi S. No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2014 Septiembre; 14(3): p. 208-215.
27. Bousoño Garcia M, Bousoño Serrano M. Comentario a “La estabilidad de los diagnósticos. Psiquiatría Biologica. 2005; 12(6): p. 244-245.
28. Craddock N, Mynors-Wallis L. Psychiatric diagnosis: impersonal, imperfect and important. The British Journal of Psychiatry. 2014 Febrero; 204(2): p. 93-95.
29. Sanchez R, Jaramillo LE, Quintero C. Estabilidad del Diagnóstico Psiquiátrico en Pacientes de Consulta Externa. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2002; XXXI(2): p. 91-112.
30. Won K, Young Sup W, Jeong-Ho C, Won-Myong B. The Diagnostic Stability of DSM-IV Diagnoses: An Examination of Major Depressive Disorder, Bipolar I Disorder, and Schizophrenia in Korean Patients. Clinical Psychopharmacology Neuroscience. 2011 Diciembre; 9(3): p. 117-121.
31. Atwoli L, Ndambuki D, Owiti P, Omulimi N. Short-term diagnostic stability among re-admitted psychiatric in-patients in Eldoret, Kenya. African Journal of Psychiatry. 2012 Marzo; 15(2): p. 114 -118.
32. Alavi FNN, Sabahi A. Diagnostic Stability of Psychiatric Disorders in Re-Admitted Psychiatric Patients in Kerman, Iran. Global Journal of Health Science. 2014 Septiembre; 6(5): p. 294-300.



33. Kendell R. La estabilidad de los diagnósticos psiquiátricos. *Psiquiatría Biológica*. 2005 Noviembre; 12(6).
34. Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Basurte-Villamor I, Fernandez Del Moral AL, Jimenez-Arriero MA, Gonzalez De Rivera JL, et al. Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. *BJPsych, The British Journal of Psychiatry*. 2007;; p. 2010-2016.
35. Landa Gonzales N, Goñi Sarries A, Garcia de Jalón E, Lizasoain Urra E. Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. *Atención Primaria*. 2008; 40(6): p. 285-289.
36. Alsina RN. DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y SALUD MENTAL: Evaluación e intervención psicológica. Madrid;; 2014.
37. Pagalilauan GL. Psychiatric Diagnosis and Management in Primary Care. *Medical Clinics of North America*. 2014 Septiembre; 98(6): p. 17-19.
38. Tavalaei SA, Assari S, Tavalaei V, Nooripour R. Diagnostic Stability of Psychiatric Disorders in Baqiyatallah Hospital from 1997 to 2015. *HPR Hospital Practice and Research*. 2016 Agosto; 1(3): p. 87-90.
39. Poli PF, Cappucciati MC, Rutigliano GR, Heslin M, Stahl D, Brittenden Z. Diagnostic Stability of ICD/DSM First Episode Psychosis Diagnoses. *Schizophrenia Bulletin*. 2016 Noviembre; 42(6): p. 1395-1406.
40. Aultman JM. Psychiatric Diagnostic Uncertainty: Challenges to Patient-Centered Care. *AMA Journal of Ethics*. 2016 Junio; 18(6): p. 579-586.
41. Frances A. The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry*. 2013 Junio; 12(2): p. 111-112.
42. Meagher D, Morandi A, Inouye SK, Ely W, Adamis D, MacLulich A, et al. Concordance between DSM-IV and DSM-5 criteria for delirium diagnosis in a pooled database of 768 prospectively evaluated patients using the delirium rating scale-revised-98. *BMC Medicine*. 2014 September; 12(164): p. 2-10.
43. Juan Enrique MEZZICH JES. Manual de psiquiatría. [Online].: panamericana; 2017. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%C3%ADa/cap-7.htm.



44. Alfredo Ardila F. Guia para el diagnostico neuropsicologico. 2017 julio 5..

8.2 ANEXOS

8.2.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Edad en la última admisión:

Edad en años cumplidos registrado en la historia clínica	Número de caso

2. Sexo

Sexo	Número de caso
· Masculino	
· Femenino	

- Masculino (M)
- Femenino (F)

3. Estado civil

Estado Civil	Número de caso
Soltero	
Casado	
Divorciado	
Separado	
Viudo	
Unión libre	



4. Instrucción:

Instrucción:	Numero de caso
◦ Ninguna	
◦ Primaria completa	
◦ Primaria incompleta	
◦ Secundaria completa	
◦ Secundaria incompleta	
◦ Superior completa	
◦ Superior incompleta	

5. Diagnósticos psiquiátricos

Caso Numero:	Diagnóstico del primer ingreso	Diagnósticos subsecuentes	Diagnóstico del ultimo ingreso

6. Número de ingresos

Número de Ingresos	Numero de caso
◦ 3 -6 ingresos	
◦ 7 – 10 ingresos	
◦ >10 ingresos	